

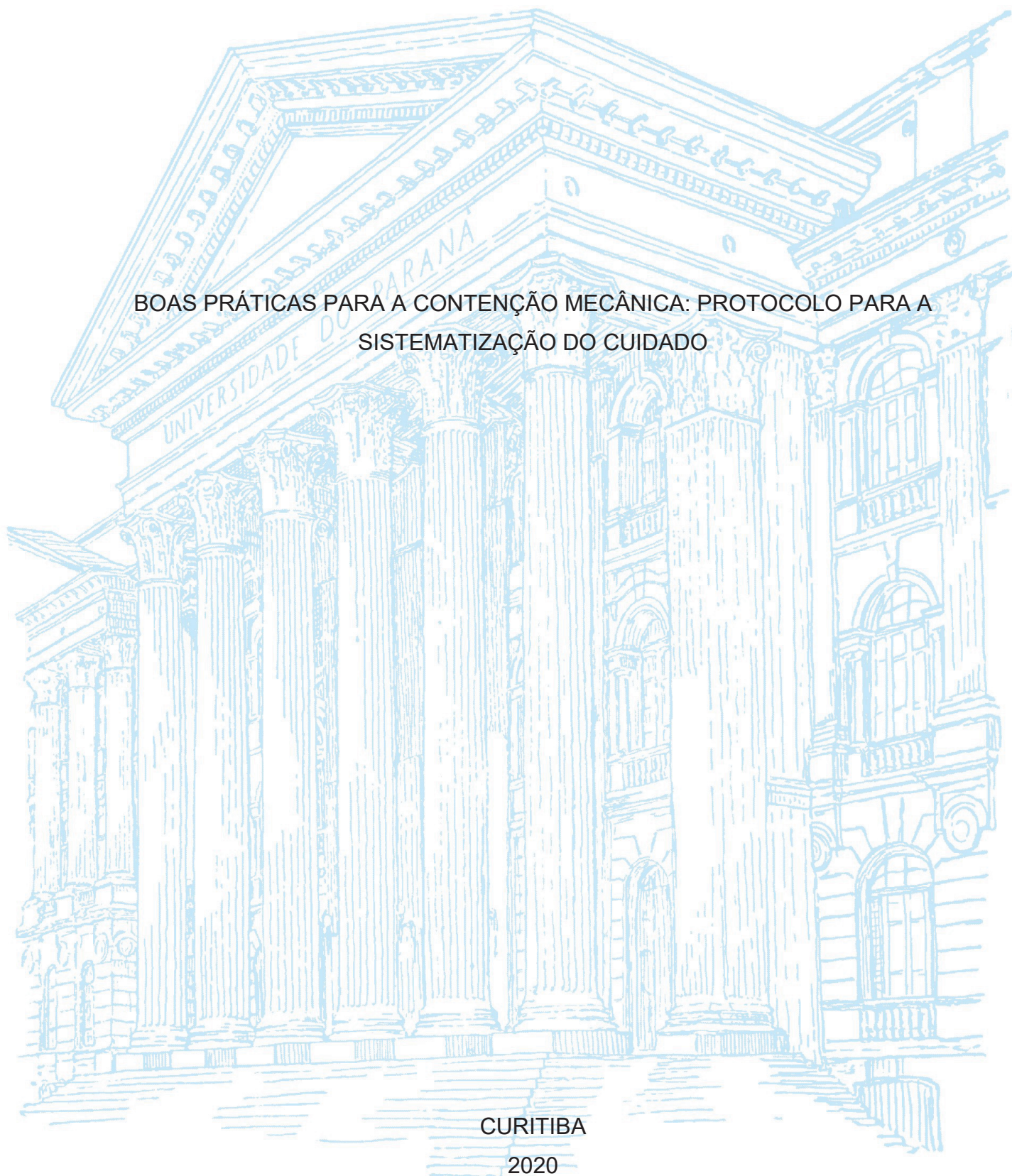
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LAÍS BALHESTERO MORGADO

BOAS PRÁTICAS PARA A CONTENÇÃO MECÂNICA: PROTOCOLO PARA A
SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO

CURITIBA

2020



LAÍS BALHESTERO MORGADO

BOAS PRÁTICAS PARA A CONTENÇÃO MECÂNICA: PROTOCOLO PARA A
SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Prática de Cuidado em Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Prática do cuidado em saúde.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

CURITIBA

2020

Morgado, Laís Balhesterio

Boas práticas para contenção mecânica [recurso eletrônico]: protocolo para a sistematização do cuidado / Laís Balhesterio Morgado – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

1. Enfermagem. 2. Prática profissional. 3. Contenção mecânica. 4. Segurança do paciente. 5. Sistematização do cuidado. I. Wall, Marilene Loewen. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE - 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **LAÍS BALHESTERO MORGADO** intitulada: **BOAS PRÁTICAS PARA CONTENÇÃO MECÂNICA: PROTOCOLO PARA SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO**, sob orientação da Profa. Dra. MARILENE LOEWEN WALL, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 05 de Agosto de 2020.

Assinatura Eletrônica

11/08/2020 17:49:46.0

MARILENE LOEWEN WALL

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

10/08/2020 08:58:23.0

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

12/08/2020 15:47:29.0

LEILA MARIA MANSANO SARQUIS

Avaliador Externo (UFPR)

Rua Prof. Lothario Meissner - Curitiba - Paraná - Brasil

CEP 80060-000 - Tel: (41) 3361-3626 - E-mail: mestrado.profissional.enfermagem@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 48905

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 48905

Dedico este trabalho ao meu pai Rodney Morgado (in memoriam), grande motivador e incentivador do tema desta dissertação. Você teve um papel essencial, sua lembrança me inspirou e me fez persistir. Gratidão!

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, pois acima de nós existe uma força maior que nos guia, que me trouxe discernimento para que eu pudesse conciliar o cargo de chefia com o mestrado.

A minha mãe, Maria Cristina Mecca Balhestero Morgado e aos meus irmãos, Livia Balhestero Morgado e Rodney Morgado Junior, que vivenciaram junto comigo a experiência da internação do meu pai em uma unidade crítica e contenção mecânica mal sucedida, minha eterna gratidão! Foram vocês que me deram apoio e que não me fizeram desistir. Sem vocês não teria finalizado esta etapa importante da minha vida.

A minha grande amiga Adrielle Patriarca, pelo apoio incondicional em todos os momentos que precisei. Minha eterna gratidão!

A Unidade de Terapia Intensiva Geral da instituição, pois foi a partir desta que tive a experiência da prática da contenção mecânica em unidade crítica.

A equipe multiprofissional das Unidades de Terapia Semi-intensiva e Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Curitiba, vinculada a UFPR, pela disponibilidade e compartilhamento de suas vivências, permitindo que esta pesquisa se efetivasse.

A Professora Dra. Marilene Loewen Wall, obrigada pelos ensinamentos, dedicação e paciência, para que este trabalho fosse concluído com o êxito esperado.

A todos os colegas do Mestrado e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela oportunidade em realizar o mestrado profissional em uma Universidade Federal pública, gratuita e de qualidade.

EPÍGRAFE



"O HOSPITAL É UM LUGAR PROPÍCIO PARA QUE AS PESSOAS REAVALIEM SEUS VALORES, PORQUE É IMPOSSÍVEL LIDAR COM A FRAGILIDADE HUMANA SEM QUESTIONAR A PRÓPRIA VIDA"

(Morgana masetti - psicóloga e coordenadora do centro de estudos dos doutores da alegria)

RESUMO

Com a finalidade de contribuir para a qualificação do cuidado, o presente estudo propõe a construção com a equipe multiprofissional de um protocolo para a contenção mecânica, com critérios para indicação, manutenção e suspensão do procedimento, voltados à proteção do paciente e dos profissionais. Para tanto, requer conhecimento relacionados à assistência do paciente submetido a este procedimento. O objetivo geral foi construir um protocolo para a contenção mecânica em pacientes adultos hospitalizados em cuidados intensivos; Como específicos: caracterizar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema contenção mecânica; identificar critérios para indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica; propor possibilidades para a sistematização do cuidado ao paciente em contenção mecânica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem metodológica, com a participação de profissionais das Unidades de Terapia Semi-intensiva, Intensiva Cirúrgica e Unidade de Gerenciamento de Risco de Agravos de um hospital universitário do sul do Brasil, com 26 profissionais das seguintes categorias: Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e residentes de Enfermagem, Medicina e Fisioterapia. A pesquisa ocorreu de janeiro a junho de 2020. A coleta de dados foi realizada por meio da discussão em grupos durante as oficinas. Estas oficinas seguiram o percurso metodológico proposto por Afonso. A primeira oficina, intitulada “A contenção mecânica como tema gerador de conhecimento”, teve como objetivo conhecer as experiências e as vivências dos profissionais relacionadas a contenção mecânica. A segunda oficina, intitulada “Discutindo vivências e experiências para a construção do protocolo de contenção mecânica” teve como objetivo a construção do protocolo operacional padrão, por meio de discussão de critérios de indicação, manutenção e suspensão. A partir da experiência dos profissionais foi possível construir um protocolo para o hospital. Os dados foram salvos em arquivos digitais e transcritos na íntegra em software Word. A análise dos dados foi realizada com base nos seis passos descritos por Creswell. Pautada nas boas práticas de segurança do paciente, pode-se conhecer o contexto em relação ao cuidado, sob a ótica dos profissionais de saúde e identificar os desafios inseridos na prática assistencial. O estudo aponta que os profissionais utilizam a contenção mecânica como primeira alternativa, sem a utilização de critérios para a indicação, manutenção e suspensão. O desconhecimento dos profissionais pela falta de um protocolo corrobora para sua insegurança quanto as implicações associadas ao procedimento. Como desafios os profissionais apontam a falta de registro no prontuário, falta de comunicação entre a equipe. Como, produto desta dissertação, apresenta-se o Protocolo “Procedimento Operacional Padrão: contenção mecânica no leito” e da Ficha de contenção, construídos coletivamente sendo um importante instrumento a ser utilizado para o cuidado a pacientes adultos internados em unidades de cuidados intensivos.

Palavras-chave: Enfermagem. Contenção mecânica. Prática Profissional. Segurança do paciente. Sistematização do cuidado.

ABSTRACT

In order to contribute to the qualification of care, the present study proposes the construction with professionals of a protocol for mechanical containment, with criteria for indication, maintenance and suspension of the procedure, aimed at protecting the patient and professionals. Therefore, it requires knowledge related to the assistance of the patient undergoing this procedure. Thus, the general objective was to build a protocol for mechanical restraint in adult patients hospitalized in intensive care; As specific: characterize the knowledge of health professionals on the subject of mechanical containment; identify criteria for indicating, maintaining and suspending mechanical restraint; propose possibilities for the systematization of patient care in mechanical containment. This is a qualitative research with a methodological approach, carried out in a semi-intensive care unit and surgical therapy unit of a university hospital in southern Brazil, with 26 professionals in health from different professional categories. The research took place from January to June 2020. Data collection was carried out through group discussion during the workshops. These workshops followed the methodological path proposed by Afonso. The first workshop, entitled "Mechanical containment as a knowledge-generating theme", aimed to learn about the experiences and experiences of professionals related to mechanical containment. The second workshop, entitled "Discussing experiences and experiences for the construction of the mechanical containment prototype" aimed at building the standard operating protocol, through the discussion of indication, maintenance and suspension criteria. From the professionals' experience, it was possible to design a protocol for the clinical hospital. The data were saved in digital files and transcribed in full in Word software. Data analysis was performed based on the six steps described by Creswell. Based on good patient safety practices, one can know the context in relation to care, from the perspective of health professionals and identify the challenges inserted in the care practice. The study points out that professionals use mechanical restraint as the first alternative, without using criteria for indication, maintenance and suspension. The professionals' lack of knowledge due to the lack of a protocol corroborates the professionals' insecurity regarding the implications associated with the procedure. As challenges the professionals point out the lack of record in the medical record, lack of communication between the team. As a product, it can be concluded that the construction of the protocol "Standard operating procedure: mechanical bed restraint" and the containment form, collective constructed as an important instrument to be used for the care of adult patients admitted to intensive care units.

Keywords: Nursing. mechanical containment Mechanical Containment.
Professional Practice. Patient Safety. Systematization of care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – SINTESE DOS ARTIGOS	18
QUADRO 2 – ITENS PARA A CONSTRUÇÃO DAS OFICINAS	33
QUADRO 3 – CRITÉRIOS GRUPO 1 E 2.....	54
PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO.....	59
FICHA DE CONTENÇÃO MECÂNICA.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância em Saúde
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CHC	- Complexo Hospital de Clínicas
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	- <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
CRM	- Conselho Regional de Medicina
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
DeCS	- Descritores em Ciências da Saúde
MEDLINE	- Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	- Procedimento Operacional Padrão
SCIELO	- <i>Scientific Electronic Library Online</i>
SCS/UFPR	- Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UGRA	- Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVO	16
1.2.1	Objetivo Geral	16
1.2.2	Objetivo Específicos	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE EM CONTENÇÃO	20
2.2	BOAS PRÁTICAS PARA A CONTENÇÃO MECÂNICA	23
2.3	CONTENÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE CRÍTICO	27
3	METODOLOGIA	30
3.1	ASPECTOS ÉTICOS	30
3.2	LOCAL DE PESQUISA	31
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	31
3.3.1	Critérios de inclusão	32
3.3.2	Critérios de exclusão	32
3.4	COLETA DOS DADOS	32
3.4.1	Desenvolvimento das oficinas temáticas	34
3.4.1.1	Oficina 1 - A contenção mecânica como tema gerador de conhecimento	35
3.4.1.2	Oficina 2 - Construindo o protocolo de contenção mecânica	36
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1	Conhecendo o contexto em relação ao cuidado na indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica: ótica dos profissionais de saúde	39
4.2	Desafios inseridos na prática assistencial no cuidado ao paciente crítico em contenção mecânica	49
5	PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO	54
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE 1 – VÍDEO ILUSTRATIVO	69
	APÊNDICE 2 – ROTEIRO DAS OFICINAS	80
	APÊNDICE 3 – TCLE	82
	ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	83

1. INTRODUÇÃO

A contenção mecânica é uma modalidade terapêutica muito utilizada em situações, cuja necessidade é restringir o movimento de pacientes, com vistas a melhoria no quadro clínico (BLEIJLEVENS, GULPERS, CAPEZUTI et al., 2016). Seus objetivos e indicações consistem basicamente em assegurar a integridade do paciente, a continuidade de tratamento e a segurança dos profissionais e demais envolvidos no cuidado. (SOUZA, SANTANA, CAPELETTO et al., 2019).

Em sua grande maioria, a aplicabilidade da contenção ocorre em situações quando o paciente tenta remover os dispositivos que auxiliam no tratamento, em virtude das condições clínicas e neurológicas não responsivas ao manejo verbal, ambiental e medicamentoso, risco de autoagressão, automutilação e agitação psicomotora (SULIMAN, 2018; SOUZA, SANTANA, CAPELETTO et al., 2019).

Pacientes internados em unidades de cuidados intensivos têm risco aumentado para distúrbios mentais e comportamentais (pela condição clínica e própria internação), bem como episódios de agressividade, retirada acidental de equipamentos terapêuticos e quedas, indicando a necessidade da utilização de restrição física como método de segurança ao paciente (SULIMAN, 2018; SOUZA, SANTANA, CAPELETTO et al., 2019).

Embora seja empregada para preservar a segurança do paciente, a adoção dessa prática tem sido um desafio constante para os profissionais de saúde bem como para as famílias que muitas vezes se deparam com o seu familiar contido, sem a informação necessária sobre o procedimento. (SHANNON, GREALISH, 2018).

A experiência que tive ao longo da internação do meu pai, o qual permaneceu contido no leito de uma UTI, desde a sua admissão até o seu falecimento, gerou-me um intenso sofrimento ao vê-lo em uma situação crítica, sem compreender o motivo dele estar contido.

Já após ingressar na UTI como Enfermeira, observei por meio da prática diária, que em algumas vezes o cuidado era realizado pelos profissionais de forma mecânica, ou seja, o uso da contenção era utilizada no momento da admissão do paciente, não havendo uma avaliação prévia ou a preocupação acerca dos critérios necessários para a sua realização, a exemplo, indicação, forma de execução, manutenção e suspensão do uso.

O paciente internado na UTI, pela sua gravidade e pela frequente necessidade de tratamentos invasivos é em muitas situações um paciente vulnerável. Nesta população, medidas de segurança são fundamentais para evitar complicações relacionadas ao estado de saúde dos pacientes ou aos tratamentos recebidos. Assim, para garantir a qualidade do cuidado aos pacientes com necessidade de contenção, é indispensável adotar medidas efetivas à segurança do paciente que está sob cuidados de profissionais (BARBOSA, OLIVEIRA, LOPES et al., 2014; SOUZA, SANTANA, CAPELETTO et al., 2019).

Pautada nos princípios de segurança do paciente, e na Resolução do COFEN n.427 de 08 de maio de 2012 que regulamenta a utilização da contenção mecânica, esta somente deve ser realizada quando for clinicamente justificada, para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente, além de recomendar-se avaliação do paciente periodicamente e o monitoramento clínico contínuo (COFEN, 2012; IBSP, 2016;).

O ato de conter um paciente não deve ser visto apenas como uma ação rotineira aplicada á todos os pacientes gravemente enfermos em qualquer situação, mas sim deve-se compreendê-la como uma proteção contra riscos, danos e agravos à saúde, focado na individualidade e, levando em conta a observação e mudanças físicas e psicológicas e de repercussões que a enfermidade pode trazer ao cotidiano (GUVERSIN, SAMUR, GURKAN et al., 2018; SOUZA, SANTANA, CAPELETTO et al., 2019).

Estudiosos no assunto afirmam que a restrição física deve ser adotada mediante falha de medidas menos restritivas, ou quando essas medidas não são apropriadas ao contexto clínico. Geralmente, pode ser adotada quando outras medidas terapêuticas foram impossibilitadas de sua aplicação (KOOI, PELLE, RAIJMAKERS et al., 2015).

O procedimento deve ser realizado com critérios bem definidos e seguros a fim de evitar complicações. E, reforça a necessidade de diretrizes para normatização de métodos de contenção, destinado a situações que a restrição se faz realmente necessária para a proteção do paciente (MANTOVANI, MIGON, ALHEIRA et al., 2010).

Para o procedimento de contenção o paciente sempre deve ser esclarecido sobre o que está sendo feito, o motivo e o caráter não punitivos. O ideal é o envolvimento de toda a equipe, embora seja utilizado apenas um profissional de

referência para conversar com o paciente. Para o procedimento são utilizados materiais como ataduras, lençóis e fitas de tecido (CUNHA, 2014).

As formas de contenção podem ser classificadas em física, sendo aquela em que há o envolvimento de um ou mais profissionais da equipe com o propósito de imobilizá-lo sem dispositivos; mecânica, procedimento em que são usados dispositivos para imobilizar o paciente e a química, medida terapêutica no qual são usados medicamentos para controlar o comportamento ou restringir a liberdade de movimento do paciente (COREN- SP, 2009).

Alguns autores utilizam contenção física e contenção mecânica como sinônimos. Nesta pesquisa optamos pela segunda, considerando-se privilegiar as características e necessidades de cada paciente para que sejam aplicadas de forma apropriada e segura, sendo, por exemplo, em determinadas condições indicada a contenção dos membros e em outras, a do tronco/dorso, em função do tipo de imobilização que se pretenda alcançar (COSTA, 2013).

Durante o procedimento deve-se evitar alterar o tom de voz e realizar orientações que tenham conotação de ameaça e jamais se deve realizar contenções subaxilares (ou “em varal”) e contenções em pacientes adormecidos (RIBEIRO, SILVA, FERREIRA, 2016).

O uso da contenção mecânica na maioria dos estudos sobre o assunto está correlacionado com as características do paciente, como a utilização de ventilação mecânica, cateteres invasivos e pacientes que não podem se comunicar verbalmente. (KOOI, PELLEEN, RAIJMAKERS et al., 2015; XU, XIE, 2015; PAN, JIANG, YUAN et al., 2018; SOUZA, SANTANA, CAPELETTO et al., 2019).

A assistência ao paciente submetido a este procedimento, objetiva revigorar a prática assistencial, com vista à segurança do paciente. Assim, a necessidade da implantação e implementação de protocolos institucionais, com base em evidências científicas bem como à sua eficácia, tem sido incorporada nas instituições hospitalares, de forma a garantir, não apenas a padronização do procedimento a ser executado, como também no cuidado prestado ao paciente crítico (MARTINEZ, 2017; OLIVEIRA, LEITÃO, SILVA et al., 2014; KOOI, PELLEEN, RAIJMAKERS et al., 2015, XU, 2015).

Entretanto, a existência de um protocolo não garante, por si só, a qualidade do cuidado a ser oferecido ao paciente. Requer conhecimento e avaliação constante, assim como medidas específicas com vistas a minimizar problemas

relacionados à assistência ao paciente submetido a este procedimento (DOLAN, DOLAN, LOOBY, 2017; PAN, JIANG, YUAN et al., 2018).

As boas práticas de segurança para a contenção mecânica devem considerar o envolvimento de todos os profissionais na decisão e execução do procedimento. Além disso, deve ter como base, diretrizes e protocolos, discutidos e definidos em caráter multidisciplinar, sendo a evolução do paciente, anotada em seu prontuário e monitorado até que seja decidido sobre sua manutenção ou retirada (SOUZA, SANTOS, CAPELETTO et al; 2019).

O protocolo institucional constitui-se em uma ferramenta para o profissional de saúde atuar a favor dos usuários, baseado em evidências mais atualizadas que compõem o bom cuidado em saúde (SALES, PEDREIRA, 2016). Possibilita aos profissionais de saúde acesso às informações que podem esclarecer e aumentar a ocorrência das boas práticas.

É um método de uniformizar ou de normatizar o modo como as técnicas e os procedimentos são efetuadas, tencionando melhorar tempo e esforço, com foco no progresso do cuidado oferecido, afim de que as atitudes sejam fundamentadas e estruturadas cientificamente, e não baseadas no empirismo (MAXIMO, SANTOS, SANTOS et al, 2019).

Nesta perspectiva, este estudo busca contribuir para a qualificação do cuidado, por meio da criação de um protocolo para a contenção mecânica, com critérios para indicação, manutenção e suspensão dos procedimentos, voltados à proteção do paciente e para a equipe multiprofissional nesse processo.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 **Objetivo geral**

Construir protocolo para contenção mecânica em pacientes adultos hospitalizados em cuidados intensivos;

1.1.2 **Objetivos específicos**

Caracterizar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema contenção mecânica;

Identificar critérios para indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica;

Desenvolver matriz de recomendação técnica para a sistematização do cuidado ao paciente em contenção mecânica.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A fim de conduzir a busca para o alcance do objetivo proposto, foi realizada uma busca nas seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*).

Para tanto utilizou-se a seguinte estratégia de busca: Descritores em Ciências da Saúde (DEcS): (*restrição física OR Restraint, Physical*) (*intensive care unit OR unidade de terapia intensiva*) AND AND (*Patient Safety OR Segurança do Paciente*).

Como critérios de inclusão foram considerados os artigos que estavam disponíveis na íntegra gratuitamente, publicados nos idiomas inglês, português e Espanhol. Foram excluídos artigos que não respondessem à questão do estudo.

Ao total, identificou-se 104 artigos nas bases de dados. Destes, 41 artigos foram excluídos após a leitura do título e resumo, pois estavam duplicados na fonte e/ou não contemplavam a temática em estudo. Assim, 63 artigos foram pré-selecionados e após leitura na íntegra, foram excluídos 39 artigos, pois não abordavam nos resultados o tema contenção mecânica, contemplando assim, 24 artigos. Mediante sua leitura realizou-se o preenchimento do quadro sinóptico e dados relevantes sobre os mesmos. (QUADRO 1).

Com base nos artigos lidos, foi possível apontar os principais achados sobre o tema em estudo, com vistas a auxiliar na análise dos dados das oficinas para a construção de protocolos sobre contenção mecânica.

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS SELECIONADOS. CURITIBA (PR), 2020.

Id.	Título	Autores	Revista	País/Ano	Resultados
1	Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study	SOUZA, L.MS. et al	Rev Esc Enferm USP	Brasil 2019	Dos 111 pacientes, 57 estavam em contenção mecânica. Entre os setores 93,3% era de UTI. O tipo de contenção mecânica mais prevalente foi as grades laterais no leito e tem como principal justificativa, quedas e uso de dispositivos invasivos.
2	Effect of Interventional Educational Programs on Intensive Care Nurses' Perception, Knowledge, Attitude, and Practice About Physical Restraints	AHMADI, M et al	Crit Care Nurs Q	Irã 2019	Foi realizado uma intervenção por meio de palestras com conteúdo audiovisual sobre conceito, tipos de restrições, complicações causadas pelo uso, normas éticas e legais. Após duas semanas o conhecimento, percepções atitudes e práticas foram avaliados. Os resultados apontaram que aumento do conhecimento sobre a utilização apropriada de vários tipos de restrições impactou positivamente as percepções, atitudes e práticas de atendimento ao paciente.
3	Investigating influencing factors of physical restraint use in China intensive care units: A prospective, cross-sectional, observational study	GU, T et al	Aust Crit Care	China 2019	62% dos pacientes internados foram contidos e 46% mais de uma vez na UTI. Foram utilizados em pacientes em ventilação mecânica e delirium. Na China, os profissionais carecem de diretrizes e políticas para o uso da contenção
4	A importância da contenção mecânica e a avaliação permanente da equipe de enfermagem	MAXIMO, P.A et al	Brazilian Journal of health Review	Brasil 2019	Evidenciou-se com o estudo as principais indicações para a contenção mecânica, sendo elas: proteger a equipe e o paciente, evitar quedas lesões e traumas. Em relação ao procedimento, a utilização da atadura de crepe continua sendo o material mais utilizado entre os profissionais entrevistados. Por último quanto ao conhecimento dos profissionais, o estudo apontou desconhecimento dos profissionais sobre protocolos de contenção mecânica e a resolução 427/2012, e a pouca participação em treinamentos sobre o assunto. Contudo reconhecem a utilização da contenção mecânica como uma decisão da equipe multiprofissional na qual o enfermeiro está inserido e a importância do registro do procedimento.
5	The Other Side of the Coin: Nurses' Views and Behavior on Physical Restraint	GUVERSIN, G et al	Acta Bioethica	EUA 2018	A decisão de iniciar/encerrar a contenção física do paciente é principalmente realizada pelo enfermeiro e médico juntos. A frequência maior é o uso de cintos de pulso, 28% dos pacientes mostram-se resistentes a sua utilização. 78,5%

					dos enfermeiros obtém consentimento prévio; apenas 9,7% registram a prática na ficha de observação do paciente. Apesar das complicações, ressaltam que utilizam práticas preventivas (afrouxar continuamente, conversar com o paciente)
6	Contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal	SOUZA, L.M.S. et al	Rev Esc Enferm USP	Brasil 2018	Verificou-se que a prevalência de contenção mecânica entre os pacientes internados nesta instituição é de 51,4%. Em 100% dos contidos as contenções foram do tipo grades no leito sendo que em 29,8% delas os pulsos também estavam contidos. As justificativas mais prevalentes foram o risco de quedas (100,0%) e uso de dispositivos invasivos (57,9%).
7	Prevalence of physical restraint among ventilated intensive Care unit (icu) patients	SULIMAN, M	J Clin Nurs	Jordânia 2018	A prevalência de pacientes com restrição mecânica foi de 35,8%. Como complicações o estudo mostrou que muitos apresentavam vermelhidões, hematomas e edema na região contida. Constata-se que embora seja uma prática comum adotada, não segue um padrão, o qual tem levado a complicações físicas conforme apontado no estudo.
8	Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case-control study.	PAN, Y et al	J Clin Nurs	China 2018	Os resultados apontam que a incidência de delirium é alta quando é usado a restrição física. Dependendo da duração e o número de restrições esse número aumenta, sendo necessária reduzi-la. Para isso, os profissionais sugerem que os enfermeiros avaliem o risco de contenção física e considerem medidas alternativas para alcançar um número mínimo de contenção nessas situações.
9	Determinants of nurses' use of physical restraints in surgical intensive care unit patients.	DOLAN, J; DOLAN LOOBY S.E	Am J Crit Care	EUA 2017	Os enfermeiros apontam que frequentemente utilizam a contenção como forma de proteção e segurança ao paciente como auto extubação, evitar lesões á equipe, avaliam capacidade funcional, conduta do paciente que predizem descontinuação sem efeito negativo. A capacidade do enfermeiro estar em vigilância ao atendimento fornece segurança e redução no tempo, principalmente pacientes com delirium. A experiência profissional no que se refere a comportamentos que indicam o uso da contenção precisa de uma avaliação crítica.
10	Psychotropic drug use in physically restrained, critically ill adults Receiving Mechanical Ventilation	GUENETTE, M et al	Am J Crit Care	Canadá 2017	Os resultados apontam que após a contenção mecânica foi necessária a utilização de drogas psicotrópicas (opioides). Todos os pacientes foram contidos nos pulsos e sua indicação foi documentada devido a interrupção no

					tratamento. A duração média da contenção foi de 21 horas, sendo que 43 pacientes foram contidos por mais de 24h
11	A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use.	ROSE L, et al	Syst Rev	Canadá 2016	A partir da literatura, pode-se constatar a necessidade da produção de diretrizes e protocolos sobre o uso de restrições físicas, promovendo assim a segurança do paciente.
12	Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique	BLEIJLEVENS, M.H.C et al	J Am Geriatr Soc.	EUA 2016	Trinta e quatro definições diferentes foram identificadas durante a busca na literatura e serviram como ponto de partida para a técnica Delphi modificada. Após três rodadas, 45 (95,7%) dos 47 especialistas restantes concordaram com a definição proposta: “Restrição física é definida como qualquer ação ou procedimento que impeça o movimento do corpo livre de uma pessoa para uma posição de escolha e / ou acesso normal a sua / seu corpo pelo uso de qualquer método, anexado ou adjacente ao corpo de uma pessoa que ele / ela não possa controlar ou remover facilmente.
13	Use of physical restraints in Dutch intensive care units: a prospective multicenter study	VAN DER KOOI et al	Am J Crit Care	Holanda 2015	Em 23% dos pacientes foram utilizados a restrição física e 31% dos profissionais referem usar protocolos para restrição física. Utilizou-se em pacientes em coma ou com delirium, pacientes que não conseguiam se comunicar verbalmente e em medicação sedativa/psicoativa.
14	Effects of a regulatory protocol for mechanical restraint and coercion in a Spanish psychiatric ward perspective in psychiatric care	GUZMAN PARRA et al	Perspectives In Psychiatric Care	Espanha 2014	A utilização de protocolos tende a reduzir a taxa de restrições. Em um ano passou de 18,2% para 15,1%, bem como a duração média do tempo de restrição, caiu de 27,91 para 15,33 horas.
15	Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva	BARBOSA, T.P et al	Acta Paul Enferm	Brasil 2014	Em conjunto, as boas práticas estão sendo realizadas com índice acima de 90%, com exceção da mudança de decúbito, restrições de membros limpas e circuito do ventilador. Em relação à identificação do paciente, medicamentos utilizados e prevenção de quedas, o item restrições limpas, secas e sem garroteamento de membros superiores e inferiores obteve um nível de significância relativamente alto quando comparado entre as Unidades de Terapia Intensiva (p<0,01). Em conjunto, diferenças significativas entre as UTIs foram encontradas, no entanto,

					<p>mudança de decúbito, restrições de membros dos pacientes e identificação do circuito do ventilador mecânico apresentaram o mesmo perfil entre as unidades, com menor índice de realização</p>
16	Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study	KRÜGER, C et al	International Journal of Nursing Studies	Alemanha 2013	<p>A prevalência de pacientes com pelo menos uma restrição física foi de 11,8%. As medidas usadas com mais frequência foram trilhos de leito completo (9,8%, IC 95% 6,5–13,1). O uso de restrição física: idade de 80 a 99 anos e adolescentes, adultos jovens e adultos 18 a 54 anos, com sonda de alimentação, cateter vesical de demora e em Unidade de terapia intensiva.</p>
17	A equipe multiprofissional frente ao uso da contenção mecânica	FELLIPE, J et al	Revista Contexto & Saúde	Brasil 2011	<p>Evidenciou-se a existência de dificuldades da equipe multiprofissional com relação ao procedimento, demonstrando uma visão limitada, desconhecimento dos princípios bioéticos e da aplicabilidade da técnica.</p>

FONTE: O autor (2020)

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E CONTENÇÃO MECÂNICA

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, identificando seis áreas de maior problemática que pode colocar em risco o paciente, podendo assim promover as melhorias cabíveis na assistência, com o objetivo de oferecer um ambiente cada vez mais seguro aos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde (WHO, 2004).

Alguns hospitais já adotaram em seus ambientes de trabalho, estratégias com base nas metas de segurança, estabelecidas pela agência de vigilância em saúde (ANVISA), em prol da melhoria na prática assistencial (BRASIL, 2014).

O objetivo dessas metas é promover melhorias específicas na segurança do paciente por meio de estratégias que abordam aspectos problemáticos na assistência à saúde, apresentando soluções baseadas em evidências para esses problemas.

Segundo Harada *et al.*

[...] é preciso mudar a atual concepção das falhas envolvidas no processo de cuidado e inserir esse fundamento nos temas de debate do cotidiano dos serviços e também na formação dos profissionais. A cultura da segurança do paciente deve ser incorporada e estimulada nas organizações como um fundamento essencial para o cuidado em saúde seguro e o desenvolvimento de melhores práticas na atenção à saúde. Os pacientes e a sua família necessitam estar seguros quando buscam auxílio no serviço de saúde e os profissionais podem ser facilitadores dessa segurança por meio da adoção de melhores práticas (2012, p.639).

Apesar de ser uma política recente no Brasil, ações têm sido realizadas para a sensibilização e a avaliação das situações de segurança. Todavia, é preciso ainda compreender melhor, obter evidências e conhecimentos de maneira coletiva sobre a segurança do paciente, além de divulgar e apoiar o desenvolvimento da temática nos serviços de saúde (WEGNER, 2016).

Ademais, a magnitude dessa problemática salienta a importância de se desenvolver atitudes proativas em prol da segurança. As transformações começam a ter sentido e resultado a partir de mudanças na prática, que necessitam acontecer em curto prazo (RBESP, 2013).

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria 529, de 1 de abril de 2013, que também

define diretrizes importantes sobre essas metas (BRASIL,2013), com o objetivo geral de “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”.

Dentre as estratégias para implementação do PNSP destaca-se: a elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente; a promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente e a promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013).

A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura (SILVA, ALVES, SANCHES et al., 2016).

A manutenção da segurança do paciente no decorrer da internação hospitalar é uma das responsabilidades atribuídas aos profissionais de saúde, assim como dos gestores em oferecer condições de segurança a seus profissionais de saúde.

Em unidades de terapia intensiva essa responsabilidade se torna ainda maior, face a instabilidade clínica do paciente, cuja ocorrência de eventos adversos, principalmente quedas, são bem mais significativas, assim como as consequências deste incidente (LIMPAWATTANA, PANITCHOTE, TANGVORAPHONKCHAI et al., 2016). A prevenção de quedas constitui-se em uma das seis metas internacionais de segurança estabelecidas pela (OMS) e também representa um dos protocolos de segurança do PNSP.

Estudos apontam a importância da indicação e forma de realização da contenção mecânica, evitando assim, sequelas, além do sofrimento psíquico aos pacientes, familiares e aos profissionais de saúde (SHANNON, GREALISH, 2018; BERZLANOVICH, SHÖPFER, KEIL, 2012).

Complicações como lesões por pressão, trombose venosa profunda, pneumonia, até eventos adversos de maior gravidade como óbito por trauma grave ou sufocamento são encontrados em estudos sobre o tema. A imobilização forçada causa estresse psicológico e tem um impacto negativo nas habilidades cognitivas, podendo levar a um maior tempo de permanência do paciente no hospital ou ainda, em uma incapacidade (BERZLANOVICH, SHÖPFER, KEIL, 2012).

Evidências relacionadas á assistência mostram que em grande parte dos danos ao paciente, poderiam ser prevenidos por meio de educação permanente e abrangente quanto a segurança do paciente. De acordo com estudo realizado por Souza, Santana, Capeletto et al, (2019), a chance de um paciente contido, apresentar lesão por pressão foi 13 vezes maior do que em pacientes não contidos. Por outro lado, um estudo realizado em unidades de cuidados intensivos, revela a necessidade da contenção mecânica, em razão de incidentes críticos relativos à queda de pacientes durante o período de internação em UTI (KOOI, PELLEN, RAIJMAKERS et al., 2015).

A contenção mecânica norteia-se pela Resolução 427/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a qual normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego da contenção mecânica de pacientes e dispõe sobre a monitorização e avaliação da manutenção deste dispositivo, registro no prontuário e proíbe sua execução com o propósito de disciplina, punição e coerção ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde (COFEN, 2012).

Na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 427/2012, o art. 1º, refere que os profissionais de Enfermagem,

“excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados” (COFEN, 2012, p.1)

O Art. 2º salienta que

“a contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais. Parágrafo único. Em nenhum caso, a contenção mecânica de paciente será prolongada além do período estritamente necessário para o fim previsto no caput deste artigo”(COFEN, 2012, p.1)

No Art. 3º refere-se ao emprego da contenção mecânica, sendo vedado a sua utilização com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde (COFEN, 2012).

Por último o artigo 4º e seu *caput*, refere-se ao uso da contenção mecânica, que deve ser monitorado pela equipe, evitando eventos adversos e, quando houver necessidade de monitoramento do nível de consciência do paciente, os sinais vitais, condições de pele e circulação devem ser monitorados constantemente, sendo

verificados a cada uma hora. Em casos de pacientes sob sedação, sonolentos ou com problemas clínicos e em idosos, crianças e adolescentes, devem ser observados com maior rigor (COREN, 2012).

Tal resolução corrobora com o que preconiza a *Joint Commission Standards on Restraint and Seclusion*. Em seu manual intitulado (*Nonviolent Crisis Intervention*) orienta os profissionais de saúde quanto a utilização da contenção mecânica (quando for clinicamente justificada) e na prevenção de dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais; também recomendam a avaliação do paciente periodicamente e o monitoramento clínico contínuo (CPI, 2009).

Destaca-se ainda a necessidade de treinamento de pessoal para a realização da contenção mecânica, assim como alerta sobre a necessidade de notificação dos casos de morte ou algum dano que possa estar associado a seu uso (CPI, 2009).

Planejar e executar uma contenção mecânica no ambiente hospitalar direcionado ao paciente crítico necessita de medidas eficazes a fim de evitar efeitos adversos relacionados ao procedimento, assim como representar como uma ameaça ou repressão ao paciente. (WEGNER et al, 2016).

2.2 BOAS PRÁTICAS PARA A CONTENÇÃO MECÂNICA

Na inexistência de normas e protocolos de como proceder à contenção mecânica, os profissionais podem optar por não as realizar, assim o paciente fica exposto a ocorrência de eventos adversos e realizá-las de forma errônea causando prejuízos ao paciente (NUNES, AZEVEDO, 2014).

Desta forma, a conduta diária da equipe de enfermagem na assistência ao paciente com contenção mecânica é de grande importância para promover a qualidade de vida e segurança, gerando uma melhor adesão ao tratamento, através de que constituem um processo educativo e inerente ao ato de assistir o paciente (NUNES, AZEVEDO, 2014).

As formas de contenção devem privilegiar as características e necessidades individuais de cada paciente, para que sejam aplicadas de forma apropriada e segura, sendo, por exemplo, em determinadas condições indicada a contenção, em função do tipo de imobilização que se pretenda alcançar. (ROSE, DALE, SMITH et al, 2016). Logo, é possível afirmar que a contenção mecânica, quando indispensável e empregada com práticas apropriadas, é uma assistência ao paciente. Entretanto,

quando realizada de forma empírica e isenta de uma avaliação adequada, pode resultar em consequências clínicas graves aos pacientes (MARCOLAN, et al. 2013)

Neste contexto, percebe-se a necessidade de ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde que devem ser implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado (SOUZA, SANTOS, CAPELETTO et al, 2019).

Segundo o Coren/SP (2009), entre as principais indicações para o uso de restrições estão o alto risco de agressividade com outras pessoas e a si mesmo, alto risco de degradação do ambiente, por solicitação do próprio paciente ou família para garantir diagnóstico e tratamento adequados, quando há risco de agitação psicomotora (COREN, 2009).

Algumas intervenções seriam capazes de reduzir a necessidade do uso de restrição mecânica, estão a distração do paciente, a satisfação de suas necessidades de hidratação, alimentação e eliminação, o incentivo da presença de familiares e amigos, o estímulo para deambulação e prática de atividades físicas e a promoção de um bom padrão de sono e repouso (COREN, 2009).

Na enfermagem, cabe a sua participação no uso adequado da contenção e no tipo de cuidado que deve ser prestado ao paciente sob contenção. Os profissionais de enfermagem devem estabelecer políticas e procedimentos, que orientem de forma uniforme e segura a conduta nessas situações. (SCHWIDERSKI, TCHAIKOVSKI JR, MANZARRA, 2013). O paciente que estiver contido deve permanecer sob cuidado da equipe de profissionais da unidade de cuidado intensivo, não devendo a contenção se prolongar além do período necessário a seu propósito.

De acordo com Silva, Siqueira e Santos (2008), três fases são destacadas como necessárias para a sua realização (pré-execução, execução e pós-execução). Na pré-execução serão avaliados a sua necessidade, orientação aos familiares, higienização das mãos, reunir o material e inspecionar o local a ser restrito; para a execução é preciso lavar e secar a área atingida, hidratar a pele, caso estiver ressecada, dobrar a compressa e utilizar a técnica. No pós-execução avaliar o paciente periodicamente quanto ao comportamento, eficácia da restrição, presença de complicações, reações, necessidade de manutenção ou associação a outros tipos de restrição.

Monitorar as condições da pele e circulação nos locais onde estão contidos e anotar todas as informações no prontuário (SILVA, SIQUEIRA, SANTOS, 2008). Durante todo o procedimento de contenção o paciente sempre deve ser esclarecido sobre o que está sendo feito, o motivo e o caráter não punitivos (mesmo que esteja psicótico).

É recomendado que o paciente fica em posição confortável, tendo o cuidado para a cabeça fique levemente elevada. Ainda, deve ser observado não apenas as questões de segurança e conforto, mas também outros parâmetros, como sinais vitais e nível de consciência (CORDEIRO, MORANA, 2015).

Autores como Cordeiro, Morana (2015) ainda acrescentam os seguintes cuidados: segurar o paciente por grandes articulações; amparar a cabeça, utilizar faixas corretamente de modo que os tornozelos fiquem contidos separadamente; deixar sempre as extremidades expostas; o material deve ser resistente e armazenados em local adequado e enroladas de forma a se manterem lisas e de fácil manuseio.

Certificar-se sempre de que a contenção não está prejudicando a perfusão sanguínea, causando algum tipo de lesão e colocadas de modo que líquidos intravenosos possam ser administrados (CORDEIRO, MORANA, 2015).

Por último, todas as necessidades básicas do paciente devem ser preservadas como: hidratação, alimentação, higiene, suporte psicológico; realizar os registros da contenção e sua avaliação nos impressos legais de cada serviço (CORDEIRO, MORANA, 2015).

No ambiente de UTI, o local principal em que se restringe o paciente é nas grades laterais do leito, pois as características particulares desse ambiente e do próprio paciente, muitas vezes não permitem que ele seja retirado do leito, sendo a prevenção da queda do leito a principal razão citada para a indicação do procedimento. Quando associada a outra forma de contenção é, em sua maioria a contenção de membros superiores (SOUZA, SANTOS, CAPELETTO et al, 2019).

A humanização das práticas de cuidar em saúde e a legislação voltada a segurança do paciente, instiga os profissionais a repensar a sua finalidade, indicação e modos de usá-la, para que seja um procedimento terapêutico e não de repressão (CANUTO, SILVA, LEITE et al., 2019). É um cuidado adicional que irá beneficiar o paciente e não punir ou servir de conveniência para equipe. Portanto, é de suma importância que o processo seja conduzido com respeito e cuidado,

objetivando única e exclusivamente a oferta do tratamento mais apropriado para o paciente (CANUTO, SILVA, LEITE et al., 2019).

A realização da contenção mecânica deve ser uma conduta excepcional e com cuidados para que a ação seja o menos traumático possível, seja ele físico ou psíquico. Durante todo o procedimento de contenção, o paciente deve ser esclarecido sobre o que está sendo realizado, os motivos para a sua realização, explicando o caráter não punitivo do mesmo (PAES, BORBA, BRUSAMARELLO et al, 2009).

Embora seja um procedimento muito utilizado em ambientes hospitalares, estudos precisam ser mais bem divulgados, incentivando a sua importância, adequação e qualificação dos cuidados às pessoas com necessidades de contenção. Assim, faz-se necessário o embasamento da assistência aos pacientes, com indicação de contenção, em protocolos específicos a esta modalidade de cuidado. Outra necessidade é a sensibilização da equipe multiprofissional, por meio de educação continuada, objetivando a qualificação da assistência prestada e preservando a individualidade do paciente (PAN, 2018; FILIPPI, 2011).

No entanto, é necessária abordagem a partir de uma avaliação humanizada, individual e criteriosa, o que requer dos profissionais habilitados, avaliar a situação, bem como apoiar o paciente, aproximar-se dele calmamente, informar e transmitir o desejo de ajudá-lo e, se julgar necessário, pedir ajuda a outros profissionais. (KONDO, VILELLA, BORBA et. al 2011).

É importante ressaltar que, embora haja um trabalho multiprofissional, a permanência do enfermeiro na instituição de saúde e a sua abordagem na prestação do cuidado possibilitam formar um vínculo mais duradouro com o paciente, proporcionando uma interação interpessoal que facilita obter detalhes que, muitas vezes, outros profissionais não conseguem detectar, por não estarem tão próximos e por um período maior de tempo no ambiente de trabalho, como acontece com essa profissional (PAES, BORBA, BRUSAMARELLO et al, 2009)

Assim, o profissional enfermeiro, poderá intervir de maneira a oferecer o cuidado, avaliando a sua necessidade, manutenção ou suspensão da contenção. As formas de contenção devem privilegiar as características e necessidades de cada paciente, para que sejam aplicadas de forma apropriada e segura, sendo, por exemplo, em determinadas condições indicada a contenção dos membros e em

outras, a do tronco/dorso, em função do tipo de imobilização que se pretenda alcançar (COSTA, 2013).

2.3 CONTENÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE CRÍTICO

A contenção refere-se a qualquer dispositivo ou ação que interfere na habilidade do paciente, restringindo sua capacidade de movimentar-se, da liberdade ou o acesso normal a seu corpo (COREN – SP, 2009). Quando o paciente tem o seu corpo imobilizado com auxílio de dispositivos, classifica-se esta forma de contenção como mecânica, e quando há necessidade de ação sem uso de dispositivos é classificada como contenção física (PAES, 2009).

Embora alguns autores adotem os termos contenção mecânica e contenção física como sinônimos, para este estudo utilizaremos a definição de Bleijlevens et al, (2016), contenção mecânica é classificada como sendo qualquer ação ou procedimento que impeça o movimento livre do corpo de uma pessoa para uma posição de escolha e /ou acesso normal ao seu corpo.

Esse procedimento se dá normalmente a partir do comportamento apresentado pelo paciente, sendo recomendado essencialmente em casos de agitação, desorientação, para continuidade do tratamento e para a proteção do paciente e da equipe de saúde, comumente adotado em instituições psiquiátricas e em unidades de terapia intensiva, clínica médica e cirúrgica (SOUZA , 2018).

A contenção é considerada uma proteção á pessoa com alterações de comportamento, contra lesões e traumas, principalmente para evitar quedas, contaminação de cateteres, feridas, dentre outros provocados pelo próprio indivíduo ou a outras pessoas, que possam gerar interrupções no tratamento a que vem sendo submetido (SCHWIDERSK, TCHAIKOVSKI, MANZARA, 2013; DOLAN, DOLAN, 2017)

Estudo realizado por Souza, Santana, Capeletto et al., (2019), sobre prevalências e fatores associados à contenção mecânica, apresenta em seus resultados que, em pacientes internados em unidades de terapia intensiva, a prevalência de contenção mecânica é significativamente maior, comparado a outras unidades, como médica e cirúrgica. Foram identificados como fatores associados ao uso da contenção mecânica, o uso de dispositivos invasivos (acesso venoso periférico, sonda vesical de demora, sonda nasoenteral) e a medicação sedativa.

A prevalência de contenção mecânica em vários estudos encontrados apresentou grande variação, sendo que o principal motivo para a aplicação da contenção mecânica, considerado nos estudos, foi evitar a interrupção dos processos terapêuticos, fundamentalmente a autoretirada de cateteres, drenos, sondas, tubo endotraqueal (KOOI, PELLEEN, RAIJMAKERS et al., 2015, DOLAN, DOLAN e LOOBY, 2017; SULIMANN, 2018).

Há indicação ainda, em casos de pacientes psiquiátricos, em abstinência, condições clínicas e neurológicas que não são responsivos ao manejo verbal, ambiental e medicamentoso, e em pacientes idosos apresentando quadro de *Delirium* (BURK, GRAP, 2014; BROOKS, SPILLANE, DICK et al, 2014).

Ressalta-se que deve ser usada de forma adequada e específica para que se obtenha o efeito almejado, de maneira segura e eficaz, que não traga danos a pessoa em quem a técnica está sendo utilizada e ao profissional que a executa.

Para se fazer uso da contenção torna-se preciso uma avaliação criteriosa, sendo a mesma utilizada após esgotadas todas as alternativas como abordagem verbal, mudanças no ambiente, eliminação de fatores externos que possam influenciar negativamente o comportamento do paciente, entre outros (CÔRTE, SANTOS, 2018; PAES, BORBA, BRUSAMARELLO et al, 2009).

São consideradas como contenções mecânicas: a contenção de membros através de faixas ataduras ou dispositivos industrializados específicos; o uso de grades bilaterais no leito; os cinturões para imobilizar tronco ou pelve; os coletes utilizados para que um indivíduo permaneça atado ao leito ou cadeira (COREN-SP, 2009; SOUZA, SANTANA, CAPELETTO et al., 2019).

De acordo com Souza, Santana, Capeletto et al., (2019), procedimentos utilizados durante manobras de mobilização e deslocamento em urgência e emergências, realização de exames complementares ou cirurgias não são considerados como contenção mecânica, assim como aparelhos de imobilização ortopédicos.

Da mesma forma, à possibilidade de segurar fisicamente um paciente em caráter temporário para viabilizar exames, procedimentos clínico-cirúrgicos ou manobras motoras em situação de maior segurança (POTTER, PERRY, 2012).

Assim, os profissionais de saúde, conscientes da sua responsabilidade de prestar um cuidado mais seguro e de qualidade, precisam explorar e aprimorar estratégias que contribuam para a melhora da assistência prestada. Como

componente essencial da qualidade do cuidado, dentro de instituições públicas e privadas, a enfermagem tem papel fundamental no sentido de torná-las mais seguras e menos arriscadas (MARTÍNEZ; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem metodológica. A pesquisa qualitativa caracteriza-se como um estudo detalhado de um determinado fato, objeto, grupo de pessoas; visa buscar informações confiáveis para explicar o significado e as características de cada contexto em que encontra o objeto de pesquisa (OLIVEIRA, 2013).

No estudo metodológico o pesquisador tem como meta a elaboração de instrumentos de captação ou manipulação da realidade, confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas. Está associado a caminhos, formas, maneiras, procedimentos para atingir determinado fim. Esse estudo cabe a qualquer disciplina científica, lidando com fenômenos complexos como o comportamento ou a saúde dos indivíduos, tal qual ocorre na pesquisa de enfermagem (POLIT; HUNGLER, 2019).

Esta pesquisa metodológica foi conduzida por meio de discussão em grupos, durante oficinas realizadas.

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (SCS/UFPR), sendo aprovado sob o parecer de CAAE 02922818.0000. (ANEXO 1). Aos participantes da pesquisa, após previamente informados os objetivos, métodos, vantagens e desvantagens da pesquisa aos profissionais de enfermagem, foram convidados a participar, sendo-lhes garantida a desistência a qualquer momento.

O método de coleta de dados utilizado na pesquisa foi as oficinas audiogravadas, por meio de aparelho particular para gravação de áudio, onde se manterão armazenadas por 5 anos, conforme rege a Resolução 466/2012 e serão protegidas por senha pessoal, entre os profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE.

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário de grande porte no Sul do Brasil. O Hospital é considerado o maior hospital público do Estado do Paraná e, assiste pacientes provenientes de todas as regiões do Brasil para tratamento ambulatorial, clínico e cirúrgico nas diversas especialidades e intensivo (HC- UFPR, 2020).

Faz parte do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, do Ministério da Saúde, o que tem ajudado a identificar e a valorizar ações já desenvolvidas e reconhecidas como ações humanizadoras (HC- UFPR, 2020).

A Unidade de Cuidados Intensivos, dispõe de leitos para atendimento de pacientes críticos. Os pacientes assistidos nessas unidades de cuidados apresentam-se em diversas faixas etárias, com patologias diversas, que exigem cuidados intensivos, prestados por uma equipe multiprofissional.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde das unidades de cuidados intensivos que prestam assistência direta à pacientes que apresentam *delirium*, agitação ou alteração do nível de consciência.

A unidade de cuidados intensivos (cirúrgica e semi-intensiva) é composta por profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e residentes de medicina, enfermagem, fisioterapia e nutrição, distribuídos nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). Participaram do estudo 26 profissionais (9 enfermeiros, 1 médico intensivista, 1 fonoaudióloga, 2 fisioterapeutas, 2 técnicos de enfermagem, 1 nutricionista, 8 médicos residentes, 1 residente de fisioterapia e 1 residente de enfermagem).

Destaca-se ainda, que por vontade espontânea, participaram do estudo, os profissionais residentes de medicina, enfermagem e fisioterapia, embora não especificado nos critérios de inclusão, foram incluídos no estudo por prestarem assistência direta ao paciente e por manifestarem interesse e ainda um profissional da equipe de gestão de qualidade, por ser de interesse institucional no cuidado a segurança do paciente/profissionais.

3.3.1 Critérios de inclusão:

- ✓ Todos os profissionais que prestam assistência direta ao paciente hospitalizado em unidade de cuidados intensivos e representantes da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA);

3.3.2 Critérios de exclusão:

- ✓ Aqueles que não participaram de todas as etapas da coleta dos dados, foram excluídos do estudo

Após esclarecidos sobre o desenvolvimento da pesquisa, os participantes que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

Para garantir o sigilo e anonimato, os profissionais que participaram foram identificados por um código alfanumérico composto pela letra P de participante seguido pelo numeral correspondente à sequência coletada.

3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da discussão em grupos durante as oficinas. Estas oficinas seguiram o percurso metodológico proposto por Afonso (2013). De acordo com o autor, a oficina é uma prática de intervenção, cujo foco centra-se em uma questão, sendo proposta pelo grupo. Trata-se de uma importante contribuição para esta pesquisa, pela capacidade de estruturá-la, independente do número de encontros. (AFONSO,2013).

Para a construção das oficinas foi seguido os itens propostos por Afonso (2013), ou seja: tema e análise da demanda, foco, temas geradores, enquadre, planejamento flexível, sequência, organização dos encontros e recurso às técnicas de dinamização em grupo, que estão descritos a seguir.

- ✓ **Foco:** é o tema geral da oficina (Afonso, 2013), ou seja, contenção mecânica em pacientes críticos hospitalizados.
- ✓ **Temas geradores:** são temas que permitiram aos participantes a troca, o desejo em participar, para isso deve partir de uma necessidade, que pode

estar relacionado à experiência, medos, conflitos e possibilidades (AFONSO,2013). Nesta fase ocorreu a apresentação individual, experiências como profissional de saúde nos respectivos setores associado ao procedimento de contenção mecânica e o convite à participação da pesquisa.

- ✓ **Enquadre:** refere-se à logística/ organização da oficina, ou seja, escolha do local, número de participantes, no sentido de facilitar a interação, troca de experiências, considerando aspectos importantes como disponibilidade de tempo e privacidade dos encontros (AFONSO,2013). Nesta etapa os participantes foram recepcionados com um coffee break em todas as oficinas.
- ✓ **Planejamento flexível:** é uma etapa importante, pois o coordenador precisa encontrar estratégias para conduzi-la de maneira a estar preparado caso haja necessidade de mudanças no planejamento inicial (AFONSO,2013). Desta forma, artigos e propostas para o protocolo com critérios para contenção mecânica foram discutidos com o grupo.
- ✓ **Recurso às técnicas de dinamização em grupo:** as técnicas dentre as quais o autor refere, preconiza a possibilidade de interação. Assim, deve-se utilizar recursos que favorecem a sensibilização, a expressão e a comunicação (AFONSO,2013).

Durante a realização das oficinas foram trabalhadas questões relacionadas ao tema do estudo que oportunizou a discussão e elaboração do protocolo assistencial. Por meio do diálogo e da reflexão, definiram-se caminhos e consensos para validar os cuidados ao paciente crítico que necessita de contenção mecânica. Foram realizadas duas oficinas na unidade cirúrgica e semi-intensiva com duração de no máximo 1 hora em sala específica, com objetivo de sistematizar os critérios norteadores para a contenção mecânica (QUADRO 2).

QUADRO 02 – ITENS PROPOSTOS PARA A CONSTRUÇÃO DA OFICINA

Itens propostos por Afonso (2013) para construção de Oficinas.	Pesquisa: Boas Práticas para Contenção Mecânica: Protocolo para Sistematização da Assistência
Tema e análise da demanda	Contextualização e reflexão da realidade, através de estudos que apresentam as experiências exitosas de outros hospitais sobre o tema. Apresentação da necessidade e importância da pesquisa.

Foco	Sensibilização para a temática e construção de um Protocolo de Operação Padrão (POP) Boas práticas de cuidado da equipe multiprofissional realizado à pacientes críticos submetidos a contenção mecânica. Discussão em grupo sobre os critérios de indicação, manutenção e suspensão da contenção.
Temas geradores	Acolhimento. Apresentação individual. Experiência profissional. Convite a participar do estudo. Papel dos profissionais; desafios em relação ao cuidado relacionado ao POP.
Enquadre	Sala de reuniões Semi-Intensiva e UTI Cirúrgica. Foram convidados os profissionais que atuavam na assistência direta ao paciente. O tempo de duração previsto foi de 01hora.
Planejamento flexível	Foram realizadas oficinas que contemplassem a participação dos profissionais conforme seus horários de trabalho
Recursos às técnicas de dinamização em grupo	Diálogo em grupo, apresentação em Power Point, vídeo, escrita em papéis.

FONTE: adaptado NUNES (2017)

O levantamento de dados durante as oficinas, juntamente com revisão bibliográfica sobre a temática, possibilitou a discussão sobre a temática e a construção do protocolo assistencial e a sistematização da assistência à contenção mecânica, para a equipe de saúde.

Foi realizado o diálogo e discussão em grupo, a escrita nos papéis, a apresentação de vídeo motivacional e de sensibilização. As discussões foram realizadas com base em temas que levaram a atingir os objetivos do estudo.

3.4.1 Desenvolvimento das oficinas temáticas

Foram desenvolvidas duas oficinas em cada unidade (semi-intensiva e cirúrgica). Em todas as oficinas os participantes foram recepcionados com coffee break, momento considerado pelos participantes como importante, não apenas pela pausa do trabalho, mas também como uma oportunidade para interagir com a equipe fora do ambiente de trabalho e descontração.

Participaram das oficinas 26 profissionais de saúde, sendo 10 profissionais na Unidade de Terapia semi-intensiva, 16 profissionais Unidade de terapia cirúrgica. Destes, um profissional pertence a UGRA. Cada oficina teve um objetivo específico e foi planejada para que ele fosse alcançado, conforme segue.

3.4.1.1 Oficina 1 - A contenção mecânica como tema gerador de conhecimento

A primeira oficina, intitulada “**A contenção mecânica como tema gerador de conhecimento**”, teve como objetivo conhecer as experiências e as vivências dos profissionais relacionadas a contenção mecânica.

A primeira oficina foi realizada com base no vídeo “Boas práticas para a contenção mecânica: protocolo sistematizado do cuidado” (Apêndice 01). Essa modalidade visual, possibilitou aos profissionais não apenas refletir sobre o tema, mas também dialogar sobre algo que acontece em seu cotidiano de trabalho.

O planejamento e a construção do produto de comunicação, foi realizado na disciplina cursada durante o mestrado. Sua construção ocorreu no primeiro semestre de 2018, com a finalidade de sensibilizar os profissionais em relação ao tema contenção mecânica, contribuindo para esclarecer dúvidas e estimular os profissionais a discussão do tema.

O vídeo com duração de 2 minutos e 44 segundos foi utilizado com o objetivo de convidar os profissionais a participar da pesquisa, de maneira interativa, através da apresentação sobre o tema (APÊNDICE 01).

O componente teórico foi desenvolvido por meio de apresentação em *powerpoint*, abordando conteúdos principais, com base em artigos científicos, noticiários sobre o tema, protocolos operacionais padrão de instituições hospitalares de referência e Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselho regional de Enfermagem (COREN) e Conselho Regional de Medicina (CRM).

Após uma breve apresentação do conteúdo, os profissionais foram convidados a realizar uma atividade. Sendo orientados sobre a dinâmica, formaram-se três grupos com o objetivo de agrupar os temas a serem desenvolvidos, ou seja, critérios de indicação, de manutenção e de suspensão.

A partir da divisão dos grupos, cada participante foi orientado a retirar um número de dentro da sacola. Cada número correspondia a uma pergunta

disparadora (Apêndice 02) acerca da temática a ser pesquisada com a finalidade capturar dos participantes da pesquisa informações, opiniões, sobre o assunto. As 18 perguntas sobre indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica, foram projetadas no multimídia a fim de facilitar a leitura.

Cada grupo apresentou suas experiências e vivências sobre os critérios para a contenção. Após longa discussão e para não extrapolar o tempo para a oficina, foi proposto que cada grupo elencasse os principais cuidados em contenção. Ao final da oficina, cada participante recebeu um frasco pequeno de creme hidratante, fazendo alusão ao cuidado com a pele.

A oficina foi gravada e transcrita, posteriormente os dados foram organizados para que os temas pudessem emergir.

3.4.1.2 Oficina 2 – Construindo o protocolo de contenção mecânica

A segunda oficina, intitulada “**Discutindo vivências e experiências para a construção do protocolo de contenção mecânica**” teve como objetivo a construção do protocolo operacional padrão, por meio da discussão de critérios de indicação, manutenção e suspensão. A partir da experiência dos profissionais foi possível construir um protocolo para a instituição.

Nesta oficina, foi apresentado aos profissionais o conteúdo, projetado com o auxílio de multimídia sobre a temática. Com base na experiência profissional e o conteúdo abordado, cada grupo entregou no final da oficina uma folha com as anotações dos principais critérios para a contenção mecânica, sendo apresentado no fluxograma abaixo.

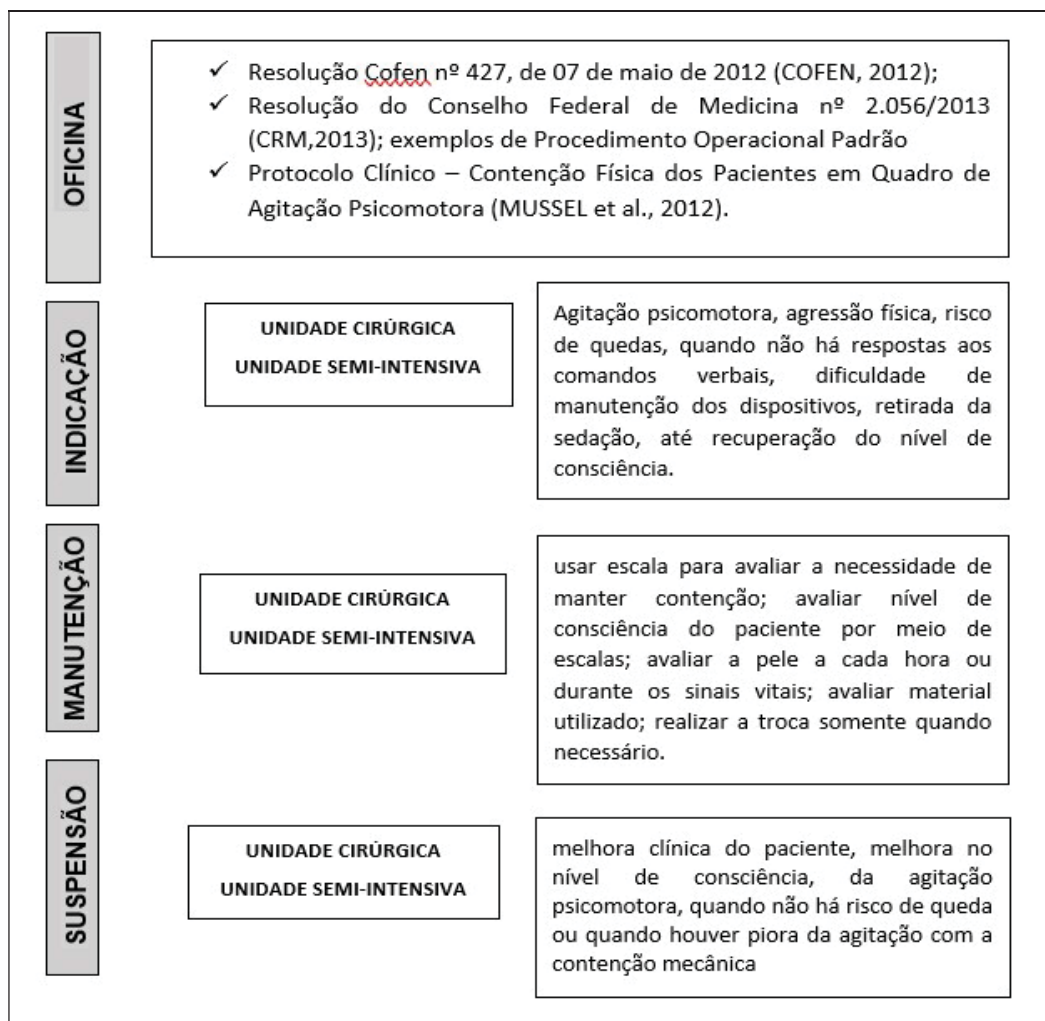


FIGURA 1. FLUXOGRAMA DA SEGUNDA OFICINA SOBRE CONTENÇÃO MECÂNICA. 2020

Com o protocolo completo, a terceira oficina não foi realizada presencialmente, tendo em vista a pandemia. Entretanto, será entregue na unidade o material para apreciação dos trabalhadores.

O protocolo e a ficha foram organizados pela pesquisadora, conforme as discussões realizadas pelos participantes das duas oficinas e poderá ser utilizado pelos profissionais diariamente, norteados o cuidado com base nos critérios adotados para a indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica das duas unidades de cuidados semi-intensiva e UTI cirúrgica, conforme aprovação e institucionalização do Hospital.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A interpretação e análise dos dados tiveram como base os preceitos de Creswell (2010, p. 216), no qual “o processo de análise dos dados envolve extrair

sentido dos dados do texto”, num processo de reflexão contínuo; a análise de dados qualitativos corresponde a uma ação constante durante todo o estudo (CRESWELL, 2010, p. 217);

Para analisar os dados gerados a partir da discussão em grupo á partir de questões disparadoras, foram seguidos os seis passos para análise de dados na pesquisa qualitativa propostos por Creswell (2010, p. 218):

- ✓ **Passo 1:** Organizar e preparar os dados para a análise, inclui transcrever os questionários, digitar as anotações de campo, digitalizar o material ou separar os dados
- ✓ **Passo 2:** Ler todos os dados para obter a percepção geral das informações e refletir sobre seu significado por inteiro.
- ✓ **Passo 3:** Iniciar uma análise detalhada pelo processo de codificação e organização do material em blocos ou segmentos de texto, gerar uma descrição do local ou das pessoas e das categorias ou temas para a análise.
- ✓ **Passo 4:** Usar o processo de codificação para descrever o cenário ou as pessoas e as categorias ou temas para análise;
- ✓ **Passo 5:** Informar como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa;
- ✓ **Passo 6:** Extrair significado dos dados e questionar o que foi aprendido com a pesquisa.

Os dados foram salvos em arquivos digitais e transcritos na íntegra em software *Word*. As discussões durante as oficinas subsidiaram a construção do protocolo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentados os resultados originados das falas dos participantes, extraídas das oficinas e analisadas à luz da literatura científica. Durante as oficinas, os participantes relataram as experiências sobre o tema contenção mecânica em seus ambientes de trabalho. Dessa forma, conhecer a experiência e a vivência dos profissionais em relação ao procedimento trouxe importantes contribuições para o cuidado na contenção mecânica.

Pautada nas boas práticas de segurança do paciente, pode-se conhecer o contexto em relação ao cuidado, sob a ótica dos profissionais de saúde; identificar os desafios inseridos na prática assistencial e refletir com os profissionais de saúde sobre este procedimento para a discussão e planejamento da sistematização do cuidado que os norteiam.

Seguindo as etapas de Creswell (2010) para a análise, realizou-se a leitura das falas e emergiram temas comuns organizados em 02 categorias: Conhecendo o contexto em relação ao cuidado na indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica: ótica dos profissionais de saúde e Desafios e possibilidades inseridas na prática assistencial no cuidado ao paciente crítico em contenção mecânica

4.1 Conhecendo o contexto em relação ao cuidado na indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica: ótica dos profissionais de saúde

Nesta categoria foi abordado o conhecimento dos profissionais quanto aos critérios de indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica. Na **indicação da contenção mecânica**, os profissionais reconhecem o procedimento comumente utilizada em seus ambientes de trabalho, com a finalidade de evitar danos a integridade física da equipe e do paciente, riscos de quedas e retirada de dispositivos, conforme apresentado nas falas a seguir:

[...] utilizamos quando há tentativa de retirada de alguns dispositivos, na prevenção de extubação acidental e prevenção de quedas (P10).

[...] quando o paciente oferece risco a equipe (P17)

[...] em casos de delírio, as vezes é uma agitação que a gente não consegue controlar (P5).

[...] quando o paciente leva a mão na sonda, a gente sempre busca conversar sobre a importância do dispositivo, que ele precisa daquilo (P4).

[...] o risco de ele tirar um tubo aumenta o risco de mortalidade, então a minha preocupação é essa (P19).

O risco da retirada de dispositivos, especialmente a extubação não planejada, é apontada pelos profissionais como principal indicativo para a realização do procedimento. De acordo com a literatura, a extubação não planejada é um dos eventos adversos mais comuns em unidades de terapia intensiva, trazendo implicações para a saúde do paciente, tais como: trauma das vias aéreas, instabilidade hemodinâmica, riscos associados a reintubação, aumento no tempo de ventilação mecânica e do tempo de internação, bem como a morte do paciente (PEREIRA et al, 2018; HERNÁNDEZ-TEJEDOR, 2017; CHAO et al, 2017; CHUANG et al, 2015).

Embora indicada em casos de risco de agressividade a outras pessoas e a si mesmo, agitação psicomotora, confusão mental, risco de fuga, prevenção de quedas em pacientes com demências, síndrome de abstinência e não colaborativos na manutenção de dispositivos para tratamento, ressalta-se sua recomendação como rotina.

Pórem, situações clinicamente apropriadas, ainda que o procedimento seja realizado de maneira adequada, é preciso que este não traga danos ao paciente e a que a técnica empregada pelo profissional que a executa, tenha efeito imediato e benéfico (COREN, 2009; ANVISA, 2017).

Condições clínicas comuns em UTI, como agitação psicomotora, são indicativos para o procedimento (MUSSEL et al; 2014). Neste estudo, quando questionados se o paciente admitido em sua unidade, apresentar agitação, quais alternativas utilizariam para que não haja a retirada de dispositivo ou queda, os profissionais referiram que a primeira conduta utilizada é a contenção mecânica, independente do quadro clínico, contrariando a literatura que aponta o procedimento como medida excepcional.

[...] querendo ou não o pensamento inicial é a contenção. (P1)

[...] eu vou conter e depois eu vejo o que eu faço. (P2)

[...] no ambiente de UTI a gente sempre pensa na contenção, acho que essa é a primeira alternativa que na verdade vem na mente (P6).

Já para outros, a necessidade de contenção mecânica precisa ser avaliada para que o procedimento tenha a finalidade de proteger o paciente de maneira segura.

[...] é para a proteção mesmo, a primeira coisa quando a gente chega nesse paciente agitado é segurar a mão dele e falar com ele. Eu já estou contendo já. Então o início, já é o pensamento de contenção, então na própria conversa a gente decide o que deve ser feito. (P1)

[...] aconteceu de um rapaz cair e levar três pontos na cabeça, então a gente precisa avaliar, dependendo do paciente, se tiver a perna muito erguida, tem o risco de cair. A gente sabe que o paciente pode levantar, mas que ele não sabe manejar, escorrega, e para levantar tem o risco de cair (P20)

[...] Bom no ambiente de UTI a gente sempre pensa na contenção, mas existe sim a possibilidade, o pensamento de utilizar algum psicotrópico, geralmente é tentar acalmá-lo (P10).

A necessidade da contenção e de sua aplicabilidade deve ser bastante refletida, para que não se configure como uma forma repressora ou ameaçadora e sim como tentativa de fazer o paciente compreender os limites de suas ações e comportamentos (COREN, 2010). A utilização do procedimento sem indicação pode levar a traumas físicos e psicológicos, não se configurando nestes casos como medida terapêutica (MENEZES, SANTANA, CIMATOR, 2016; KOOI, PELLE, RAIJMAKERS et al., 2015).

Entretanto, para Donato, Pires, Silva (2017), a enfermagem por estar mais tempo em contato com o paciente, acaba sendo responsabilizada pelos danos sofridos durante o tempo de hospitalização. Isso faz com que os profissionais optem, de imediato, por conter o paciente, considerando a contenção mecânica como primeira medida de proteção, o que coloca como uma solução e não como um problema.

Segundo relatos, neste estudo o diálogo com o paciente é a melhor forma de avaliar a sua necessidade para não se configurar como uma conduta disciplinar, conforme a fala que segue.

[...] eu tenho relato de pacientes que após a contenção referiam que só queria coçar o nariz, coçar o olho, e que a equipe não teve essa interação, essa preocupação em conhecer o paciente, para saber que ele só queria coçar o olho (P11).

Outro relato de um profissional consta sobre um paciente que estava com bexigoma, extremamente agitado, desorientado, tirando tudo que é dispositivo. Ao verificar o que estava ocorrendo,

[...] a gente verificou que o motivo da agitação, era que a sonda vesical estava fechada e ele [profissional] não percebeu. Então a gente precisa identificar o motivo, ele estava com dor (P7).

A partir da experiência destes profissionais, a abordagem verbal é o primeiro procedimento a se fazer, o segundo seria as mudanças no ambiente e o terceiro a eliminação de fatores externos que podem influenciar negativamente o comportamento do paciente. Assim, observa-se pela realidade compartilhada nas oficinas, que não havia a necessidade de contenção mecânica e sim, avaliar o que estava acontecendo com o paciente, ou seja, colocar uma bolsa quente na bexiga, tentando fazer com que ele eliminasse a urina e minimizasse a dor, por exemplo.

A internação hospitalar é um momento que revela a fragilidade do ser humano, geradores de medo, insegurança e ansiedade, por vezes traumáticas. O medo do desconhecido, exacerbar sentimentos e reações que se revelam como um fator motivador de comportamentos agressivos, e assim, a contenção é utilizada como uma alternativa para os profissionais (MOTTA, 2004).

Entretanto, para que os efeitos não sejam ainda mais traumáticos para o paciente, os profissionais salientaram que o diálogo com pacientes e familiares sobre a necessidade da contenção é fundamental.

[...] temos uma paciente aqui que quando ela estava entubada, e acordada que peguei a mão dela e fiz com que ela tocasse em todos os acessos, por que ela ficava incomodada se coçando e daí fomos conversando. Fui explicando que o cateter vai até o coração, saber que aquilo é importante. Falar do coração para um paciente ele vai entender a gravidade do problema. As vezes eles começam a entender, conforme o que você vai falando mesmo (P17).

Nesse contexto, os participantes deste estudo reforçaram que é preciso orientar o paciente e a família da necessidade da contenção, sensibilizando-os e enfatizando que o único meio possível para a sua segurança é a contenção; e que o mesmo não deve ser prolongado e tampouco utilizado como propósito disciplinar, de punição ou coação.

As boas práticas de qualidade e segurança consideram a avaliação clínica como ponto de decisão e a prescrição como orientadora dessa decisão. Ainda, contenção deve estar baseada em diretrizes ou protocolos clínicos discutidos e definidos em caráter multidisciplinar. Assim, quando questionados sobre qual profissional define a necessidade de contenção, os profissionais relatam que,

[...] a enfermagem está mais próxima do paciente, a gente tenta conversar com o paciente, e através da conversa, dependendo a gente contém (P7).

[...] Na maioria dos médicos não prescreve, é mais a enfermagem que toma conta, quem define é a enfermagem (P8).

[...] a gente da fisioterapia as vezes conversamos sobre a necessidade de conter um paciente, mas não prescrevemos (P19)

A permanência dos profissionais de enfermagem por um maior tempo no ambiente de trabalho, proporciona uma interação interpessoal o que facilita obter detalhes que, muitas vezes, outros profissionais não conseguem detectar, por não estarem tão próximos.

O enfermeiro, ao deparar-se com uma situação de ameaça para os profissionais e/ou pacientes, pode empregar sua competência gerencial do cuidado e intervir, identificando a ação de enfermagem apropriada nessas circunstâncias para a prevenção de alterações de comportamento, que podem levar a necessidade de contenção mecânica e sedação (BRUSAMARELLO et al 2009).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, que normatiza os procedimentos da equipe de enfermagem sobre a contenção mecânica, o profissional Enfermeiro pode prescrever se houver protocolo compartilhado autorizando a contenção. Aos técnicos e auxiliares de enfermagem cabe a execução da contenção sob supervisão do Enfermeiro (COREN, 2009)

Para o Conselho Federal de Medicina, a resolução 2.056 de 2013, que dispõe sobre o manual de vistoria e fiscalização da medicina no Brasil.

Art.34 É admissível a contenção do paciente, à semelhança da contenção efetuada em leitos de UTI, nos serviços que prestem assistência geriátrica, cuidados paliativos e psiquiátricos, desde que prescrita pelo médico, registrada no prontuário e quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiro (BRASIL, 2013).

Portanto, discorrer sobre contenção mecânica como um cuidado multiprofissional, representa o que é indispensável para obter a qualidade na assistência, ressaltando o dever da equipe em assegurar ao paciente um ambiente seguro (IBSP, 2016).

A **manutenção da contenção** também exige critérios, com vistas a garantir a segurança do paciente. Reavaliar o nível de consciência, por meio da utilização de escalas de sedação e *delirium*, na orientação do profissional da situação clínica e da necessidade de manter ou não contenção. Essas condutas são importantes, pois o procedimento da contenção deve ser utilizado por um período curto.

Embora as evidências reforcem a importância da avaliação feita pelos profissionais intensivistas, com a utilização de escalas de sedação e de agitação psicomotora em ambientes críticos, os profissionais entrevistados não a utilizam, conforme as falas que seguem:

[...] não conheço e não utilizo escalas, mas eu acho assim que em cada instrumento novo demanda um tempo (P14).

[...] Não, mas seria válido porque você conseguiria nortear sua conduta de uma maneira mais palpável (P15).

Avaliações gerais e periódicas durante o período da contenção foram ressaltadas pelos entrevistados como importante para a manutenção ou não da contenção. Ao serem questionados se durante seu plantão se realizava avaliações periódicas para a possível retirada da contenção mecânica, os resultados apontaram os médicos como os profissionais que menos avaliavam seus pacientes, e os profissionais de enfermagem avaliam, conforme a sua rotina de trabalho.

[...] De forma corriqueira, não. Na grande maioria dos pacientes é um estado em que vai se mantendo (contenção) até quando ele está sedado, quando ele está entubado (P16).

[...] a gente acaba que não faz esse tipo de rotina (P22)

[...] Eu como técnica de enfermagem avalio toda a hora, se eu vejo que ele está consciente eu solto a mão dele, só preciso comunicar a enfermeira (P18).

[...] quando se faz exame físico a gente avalia o paciente como um todo (P2).

[...] quando a gente vai puncionar por exemplo, são momentos de avaliação (P5).

[...] não se tem um período certo de avaliação dos membros (P23).

[...] não existe uma rotina, mas periodicamente quando a gente vai examinar o paciente, geralmente faz uma ronda de manhã e daí vai reavaliando conforme a necessidade (P6).

A Resolução do COFEN aponta em seu art. 4, a necessidade de avaliar o monitoramento pela equipe de enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-lo precocemente. Deve ser verificado com regularidade o local contido, nunca superior a uma hora, observando se ainda existe motivo para mantê-la (COFEN, 2012).

Nas avaliações periódicas, o monitoramento de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, são realizados pelos profissionais.

[...] Geralmente quando vai examinar, faz a inspeção no local e examina, muitas vezes é necessário retirar para fazer a coleta de algum exame e a gente avalia se tem algum edema local, alguma lesão por pressão (P12)

[...] eu percebo que todo mundo sinaliza principalmente na questão de edema, se está machucando, se está muito apertado, olha eu fui lá ver o paciente e eu mesma afrouxei a contenção porque estava machucando (P18).

[...] as vezes a fixação ou fica um pouco garroteando demais e vai edemaciar aquele membro ou está frouxo demais e não vai surtir efeito para a função (P5).

[...] a posição do paciente fica muito desconfortável. Muito tempo sem mudança de decúbito, imobilizado, então é preciso avaliar (P1).

De acordo com o relato do profissional P12, a avaliação pode ocorrer por necessidade de outro procedimento, sendo uma conduta aplicada, porém as vezes com cuidado continuado negligenciado.

Avaliar o local contido, tem possibilitado, de acordo com estudo de SOUZA, SANTANA, SOUZA et al (2009) a evitar lesão por pressão em pacientes que são submetidos a contenção mecânica, assim como fraturas, depressão respiratória e morte, conforme estudos apontados por (PEREIRA et al, 2018). Contudo, é necessário ainda o monitoramento clínico do nível de consciência e de sinais vitais de acordo com as recomendações da resolução do COFEN (2012)

O material utilizado, também deve ser avaliado periodicamente pelos profissionais, como medida de segurança para o paciente. Nas unidades de terapia intensiva cirúrgica e semi-intensiva, os materiais utilizados pelos profissionais para a contenção, estão contemplados nas falas a seguir:

[...] a base de compressas para que o laço não seja tão forte e ataduras (P6).

[...] Na ausência da compressa é utilizado o chumaço e o uso de lençol é empregado em situações em que o paciente necessita sentar (P19).

[...] numa verificação da contenção, se ela não afrouxou, se não possui nenhuma sujidade, se não tem nenhuma umidade ali (P1).

[...]Na hora do banho a gente troca a contenção, normalmente está suja ou fora do lugar (P17)

Os profissionais destacam alguns cuidados com os materiais a serem utilizados para a execução deste procedimento, a fim de evitar lesões, atritos e quedas. Esses cuidados referem-se ao conhecimento quanto a técnica empregada. JESUS, SANTOS (2014) mencionam que contenção mecânica deve ser executada como técnica terapêutica, sem ocasionar prejuízos aos membros, à pele, e a circulação sanguínea do paciente. Apesar de todos os cuidados, os profissionais ainda referem a necessidade de.

[...] dispositivos adequados atender de maneira eficiente o paciente tanto de membros superiores quanto de tórax. O tórax vira uma

gambiarra de lençóis, de membros também que fica horrível então essa questão de conter e acabar machucando o paciente (P19).

[...] que o dispositivo de contenção que não machuque o paciente, que não faça edema, que seja mais fácil de ajustar (P2).

[...] ter dispositivos que sejam adequados para oferecer esse cuidado com segurança para o paciente (P11).

Os profissionais referem-se que adaptações são realizadas por falta de material próprio para este fim. Para Salles e Pedreira (2009), a contenção mecânica poderá ser executada por faixas nos punhos ou tornozelos, e a contenção de corpo empregando-se de lençóis, faixas elásticas, dentre outros.

De acordo com Marcolan (2013), existem dois tipos de faixas para se realizar a contenção mecânica, as faixas imantadas que são feitas de algodão, com orifícios envolvidos por metal ao longo da extensão de suas extremidades e as faixas de algodão com espuma em seu miolo, que não ocasionam lesões na pele do paciente e minimizam a probabilidade de garroteamento.

Para avaliação e adequação do uso de contenção mecânica, o Conselho Regional de Enfermagem orienta aos profissionais, seguir as seguintes recomendações: deve ser utilizada quando todas outras possibilidades de intervenção forem fracassadas; deve estabelecer um plano específico para a execução do procedimento; deve ser realizada com a presença da equipe de profissionais (COREN, 2009).

O paciente deve ser orientado sobre o procedimento que está sendo realizado e os motivos que levaram ao procedimento; o paciente deve ser mantido sob observação contínua pela equipe de enfermagem durante o período que for mantido em contenção; sinais vitais devem ser monitorados periodicamente; o paciente deve ser reavaliado pelo médico para avaliar a necessidade de manutenção da contenção; as informações relativas à contenção devem ser detalhadamente registradas em prontuário (COREN, 2009).

É importante ressaltar que o paciente sob contenção mecânica deve receber cuidados como: hidratação, o que é muito relevante, já que o mesmo, no momento da alteração de comportamento, pode apresentar sudorese intensa; observação dos pontos de imobilização uma vez que poderão ocorrer ferimentos sem adequada

proteção, como queimaduras, fricções e lesões de tecido muscular (MÁXIMO, SANTOS, SANTOS et al; 2019)

Para a **suspensão da contenção**, são adotados como critérios para a sua realização, a melhora clínica do paciente e a melhora do nível de consciência.

[...] No geral sempre busco avaliar se o paciente está um pouco mais tranquilo, porque as vezes ele está com um certo grau de agitação e buscar avaliar esse nível de consciência, saber o quanto ele está entendendo no que você está explicando pra ele e eu costumo retirar e ficar observando pra ver se realmente da pra ele ficar sem e se vejo que está ok, eu retiro (P20).

[...] A gente retira quando um paciente está tranquilo, está consciente e com relação a decisão de retirada, acho que realmente a decisão é mais da Enfermagem (P1).

[...] quando é verificado lesão de grau 1, 2, enfim, por contenção mecânica é realizado a notificação para a unidade e a equipe faz um vídeo para tomar ciência (P9).

Andrews, Silva, Kaplan et al., (2015) destacam que o uso da restrição pode acarretar confusão mental como o delírium, especialmente em pacientes com idade avançada ou com disfunções mentais, sendo fortemente associada ao uso da contenção mecânica e a sua duração,

A retirada temporária da contenção para o conforto e segurança do paciente também é destacado pelos profissionais, entretanto, muitas vezes alguns profissionais não a realizam tendo em vista a rotina do banho

[...] a gente tem sempre uma rotina, quando tem que tirar o paciente do leito ou sentar ele (P21).

[...] Então sempre a rotina da manhã é mudar esse paciente de posição de onde ela está, avaliar questões de mobilidade, respiratória, e se a gente pode ou não tirar do leito. É uma rotina e não passa só pelo meu banho, passa meio que geral (P2).

A realidade vivenciada pelos profissionais entrevistados em UTI, no que tange a dificuldades quanto a aplicação dos critérios de indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica, pode estar relacionada à ausência de protocolos institucionais, de treinamentos de equipe e do conhecimento dos

profissionais de instrumentos legais relacionados à temática (DONATO, PIRES, SILVA et al; 2017).

4.2 Desafios e possibilidades inseridas na prática assistencial no cuidado ao paciente crítico em contenção mecânica

O uso da contenção mecânica em ambiente hospitalar é um tema complexo, que vai além da assistência profissional, pois abrange questões físicas, psicológicas, legais e éticas. Embora seja um procedimento a ser realizado como conduta excepcional e cercada de todos os cuidados para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível, os profissionais apontam desafios quanto ao procedimento em seus ambientes de cuidado.

Um dos desafios é manifestado pelos profissionais de saúde sobre a contenção mecânica refere-se aos **registros em prontuários**. Quando questionados se a contenção mecânica tem como a sua justificativa registrada no prontuário do paciente, o relato dos profissionais mostra que não há registro formal, mas reconhecem a sua necessidade.

[...] não existe uma formalização. Quando há uma indicação da contenção ela deveria ser registrada, colocado o motivo e o porquê de empregar naquele momento, se vai manter até a reavaliação. No dia a dia, isso não está acontecendo (P10).

[...] Não é prescrito (P19)

[...] Sou médico residente, no prontuário médico a gente está tentando algumas vezes registrar, mas não é comum. (P12)

[...] Eu acho que existe o cuidado de toda a equipe, mas de uma maneira informal, não é checado, não é documentado, mas ela acaba acontecendo (P1).

Os registros no prontuário do paciente são de responsabilidade dos profissionais de saúde envolvidos na assistência. De acordo com Pedroso, Souza e Monteiro (2011), os registros de Enfermagem, no prontuário do paciente embora ainda seja um problema observado nos hospitais, sua realização é indispensável, pois é o principal meio de transmissão de informações que pode elucidar e somar a ocorrência de boas práticas no cuidado prestado.

Ao considerar a informação imprescindível para o conhecimento e essencial para a tomada de decisão, os resultados demonstram uma aparente desvalorização

dos registros. A falta de registros corrobora para um problema que precisa ser enfrentado.

Além dos registros, a **avaliação da equipe** para indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica, também é apontado como um desafio. O que deveria ser responsabilidade de toda a equipe, para alguns profissionais, parece que a contenção e avaliação é atribuição apenas da equipe de Enfermagem.

[...] A contenção eu tenho plena autonomia de fazer. No meu entendimento eu não preciso do outro profissional para eu prescrever, diferente da contenção química. (P1).

[...] Na maioria dos médicos não contem, é mais a Enfermagem que toma conta, quem define é a Enfermagem (P18).

[...] É natural a indicação e a retirada, conversar com a equipe de Enfermagem e o médico não se preocupa tanto com isso. Eu acho que poucos médicos se preocupam com os pacientes contidos. Só quando ele realmente... ele não vai olhar se a contenção está machucando. Isso é uma coisa tão da Enfermagem que pouquíssimos médicos se envolvem nessa triagem (P19).

[...] a gente acaba que não faz esse tipo de rotina, as vezes a gente faz quando percebe ou alguém diz que o paciente está piorando, ou alguém comentou que tem uma lesão, aí vamos pensar em retirar [...] pensamos mais em avaliar se dá para retirar a sonda ou outra coisa, agora tirar a contenção a gente não avalia (P11)

Assim, quando questionados sobre quem avalia a contenção mecânica, de acordo com as falas parece não haver um trabalho integrado entre os profissionais; e os profissionais de Enfermagem por estarem próximos ao paciente, assumem o cuidado.

A **falta de comunicação entre a equipe** na suspensão da contenção e a falta de registros corrobora para que o desafio ainda seja maior, conforme os relatos.

[...] aqui o médico não se envolve em relação a contenção. Tem médico que vai lá e solta o paciente, porque acha que não precisa e não avisa (P18).

[...] então muitas vezes quando a gente vê que o paciente começa a se agitar, percebemos que ele está sem a contenção (P5).

[...] eu já recebi ameaça da própria equipe tipo, oh vou conter esse paciente aqui, porque as vezes esse paciente fica agitado e eu suspendi a contenção por ele ficar tranquilo, aí a equipe falar pra você que se ele arrancar a sonda é você que vai passar hein?! Então o que a gente vê hoje em dia, todos os pacientes contidos por falta dessa definição de critério (P3)

[...] o ideal seria que todo mundo fosse comunicado e todo mundo conversasse sobre isso, mas normalmente é a Enfermagem (P23).

A Resolução do COFEN nº 427 de 2012, resolve que os profissionais da Enfermagem somente podem empregar a contenção mecânica sob supervisão direta do enfermeiro e em conformidade com os protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, salvo casos de urgência ou emergência tendo como base diretrizes ou protocolos clínicos discutidos e definidos em caráter multidisciplinar (COFEN,2012).

Por fim, o **desconhecimento dos profissionais pela falta de um protocolo** tem corroborado para a aquisição de condutas não terapêuticas, sendo a contenção mecânica, utilizada como procedimento usado para evitar a sobrecarga dos profissionais.

[...] acho que a UTI para uma enfermaria tem diferença, é uma infinidade de pacientes, então, as vezes pelo tempo disponível, sei lá 5 pacientes, dando banho, então por segurança dele [...] não tem muita alternativa [...] o que tem muitas vezes de melhor é fazer a contenção (P1).

[...] No cuidado, às vezes quando o paciente esta muito agitado é difícil você soltar ele, conseguir fazer a mudança dele, tem que ser uma coisa mais rápida, trocar de fralda, um banho porque senão ele pode pressionar mesmo assim algum dispositivo no manuseio, no transporte (P17).

[...] A gente escuta bastante, nossa seu João se o senhor não ficar quieto eu vou te amarrar hein? Isso é muito usado. (P2)

[...] ontem um paciente com morte encefálica estava contido, a gente foi lá para conseguir um acesso para manter a droga no paciente e

ele estava contido. Então é automático a contenção, não é um critério (P18).

[...] E as vezes a gente vê casos em que o paciente está contido quimicamente e ainda assim está usando a contenção mecânica como o caso da morte encefálica (P11)

Assim, os profissionais consideram a utilização da contenção mecânica como uma possibilidade para facilitar a movimentação dos pacientes e adequada e segura quando está responsável por um número de pacientes e demandas de cuidado.

Quanto as possibilidades manifestadas pelos profissionais, as sugestões quanto ao cuidado à paciente em contenção mecânica baseando-se nas boas práticas de segurança, os resultados apontaram a necessidade de treinamento para a realização do procedimento e a criação de um protocolo institucional que respalde os profissionais.

[...] de ter uma equipe treinada de como a gente pode fazer essa contenção da melhor forma sem causar um dano aquele paciente, porque as vezes a gente faz e faz de qualquer jeito e aí pode estar machucando, por exemplo se a gente colocar um material que a gente utiliza muito que são ataduras, que se não colocar direto pode lesionar a pele daquele paciente, avaliar mais vezes (P2).

[...] é preciso criar um protocolo, um instrumento, check list que se torne mais objetivo, que saia dessa subjetividade (P5).

[...] o desenvolvimento de critérios também da utilização (P18)

Foi possível perceber, a partir da fala dos profissionais, que a falta de um protocolo específico que os orientem, concorre para a dispersão de decisões, o que tem contribuído para manifestações de insegurança quanto as implicações associadas ao procedimento, o que vem ao encontro deste estudo.

Destarte a organização institucional pode constituir-se no grande diferencial oportunizando a estes profissionais o envolvimento e o preparo adequado, pois eles referem-se á necessidade de treinamentos. Pela complexidade envolvida na indicação do procedimento, o ato de conter requer uma abordagem multiprofissional, o diálogo sistemático dos profissionais, grupos de discussões, fatores que poderão superar a característica de atos isolados e de competência apenas individual de cada profissional.

É preciso prover aos profissionais a segurança e o compromisso ético necessários para que atuem com autonomia e proporcionem aos pacientes uma atenção de qualidade.

5 PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO E FICHA DE CONTENÇÃO MECÂNICA

A padronização do procedimento da contenção mecânica e da ficha de contenção, produtos desta dissertação, aconteceu ao longo do segundo encontro da oficina. Os profissionais das unidades de terapia semi-intensiva e cirúrgica, foram divididos em três grupos (indicação, manutenção e suspensão). O primeiro momento foi de embasamento teórico e definição dos critérios para indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica. Após a exploração do conteúdo, foi realizado pelos grupos, o levantamento dos itens para o desenvolvimento do protocolo, resultado de uma situação prévia. Cada grupo apresentou critérios que deveriam constar no protocolo, a saber:

QUADRO 3 – CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO, MANUTENÇÃO E CONTENÇÃO DO GRUPO 1 e 2

CRITÉRIOS	GRUPO UTI SEMI-INTENSIVA	GRUPO UTI CIRÚRGICA
INDICAÇÃO	Quem prescreve: médico e enfermeiro com justificativa do local de contenção. Em casos de agitação psicomotora, risco de quedas, dificuldade de manutenção dos dispositivos, agressão física e não responsivo aos comandos verbais, retirada da sedação até a recuperação do nível de consciência	Quem prescreve: médico e enfermeiro com justificativa e local de contenção. Quando: em casos de agitação psicomotora, mesmo quando medicado; início de tratamento medicamentoso, abstinência. Avaliação individualizada discutido em plano e com a família; despertar diário com desligamento da sedação.
MANUTENÇÃO	Usar escala para avaliar a necessidade de manter contenção; avaliar o nível de consciência do paciente; avaliar a pele de 1/1 hora ou durante os sinais vitais; avaliar o material utilizado e sua troca; realizar troca de material sempre que necessário.	Adicionar escala de Rass na anotação de sinais vitais, avaliar a checagem de visita - condições da pele (edema, perfusão), faixa de contenção (sujidade, umidade), avaliar 2/2 horas de acordo com a prescrição
SUSPENSÃO	melhora clínica; melhora do nível de consciência, piora na agitação, quando não há risco de quedas, melhora da orientação do paciente. Aplicar as escalas que evidencie a	valores da escala de Rass entre -3 e -5 – suspensão; e valores em Rass 2 a 1 - avaliar risco para a retirada de dispositivos. Em caso de lesão de membro contido - retirar,

	melhora no quadro clínico. O enfermeiro deve ser comunicado da suspensão e autorizar a retirada	melhora do quadro clínico – suspender; presença do familiar para suspender a contenção. Em caso de plegia de algum membro não conter. Em casos de suspensão temporária: uma vez a cada turno de trabalho (M T N)
--	---	--

FONTE: o autor (2020)

A discussão entre os participantes dos grupos, trouxeram importantes considerações sobre os critérios a serem utilizados nas unidades, principalmente em relação ao tempo dispensado para avaliação da contenção e a troca da contenção. Conforme as normas dos procedimentos no emprego da contenção mecânica, o monitoramento deve ser realizado a cada hora (COFEN, 2012).

Entretanto, este grupo preconizou a verificação com mais rigorosidade em pacientes sedados ou agitados e de 2/2 horas nos demais casos. A troca da contenção, também foi relatado pelos profissionais como um fato que exige a disponibilidade de material, assim foi pactuado que a troca seja realizada quando há presença de sujidade e ou umidade.

A construção do protocolo emergiu como uma alternativa para atender as necessidades dos profissionais e como uma meta de boas práticas de segurança do paciente, ao encontro do recomendado pelo ministério da saúde, considerando que, a instituição necessita adequar, padronizar e institucionalizar, minimizando erros e eventos adversos (BRASIL, 2013).

A versão final constituiu-se em nove itens a citar: conceito, objetivos, critérios de indicação, manutenção e suspensão, responsabilidades, procedimentos técnicos para a sua realização, referências e anexos.

A estratégia final de implantar uma ficha de contenção no leito, caracteriza-se como uma das ferramentas de fácil inserção na rotina de cuidados dos profissionais de saúde. A ficha foi uma reivindicação dos profissionais, construída a partir do protocolo e ficará junto ao leito do paciente. Será preenchida pelos profissionais e anexada junto ao prontuário.

Este protocolo (QUADRO 4) e a Ficha (QUADRO 5) poderão ser utilizados e implantados como procedimento operacional padrão na instituição e com posteriores

avaliações e adaptações conforma a necessidade. A seguir apresenta-se o POP e a Ficha de contenção mecânica

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO

POP XXX/001

CONTENÇÃO MECÂNICA NO LEITO

VERSÃO 1.

A elaboração do material é resultado da dissertação de Mestrado da Enfa. Laís Balhesterio Morgado, sob a orientação da Profa. Dra. Marilene Loewen Wall.

Tipo de documento:	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.XXX.001	
Título do documento:	CONTENÇÃO MECÂNICA NO LEITO	Emissão/ Versão: XX/XX/2020	Próxima revisão:
Responsável pela execução do procedimento:	_____		
<p>CONCEITO: Contenção mecânica é definida como qualquer ação ou procedimento que impeça o movimento livre do corpo de uma pessoa para uma posição de escolha e /ou acesso normal ao seu corpo (BLEIJLEVENS, et al; 2016).</p>			
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir o risco de retirada/ tração acidental de dispositivos invasivos; • Promover a segurança, visando a integridade física e psíquica dos pacientes e profissionais que prestam assistência a esses pacientes; • Garantir que o procedimento realizado seja benéfico ao paciente e de forma humanizada. 			
<p>CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO:</p> <p>Identificar os critérios utilizados pelos profissionais de saúde para a indicação da contenção mecânica em pacientes internados em unidades hospitalares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitação psicomotora; • Sinais e sintomas de abstinência em pacientes psiquiátricos; • Não responsivo aos comandos verbais; • Tentativa de Suicídio; • Risco a integridade física do paciente ou da equipe; • Retirada da sedação (até a recuperação da consciência); • Risco de quedas; • Dificuldade de manutenção dos dispositivos. 			
Responsabilidades			
<p>OBS 1. Deverá ser prescrito pelo Médico e/ou Enfermeiro, justificando a sua necessidade, bem como o local em que será realizado o procedimento.</p> <p>OBS 2. A avaliação quanto a necessidade da contenção deverá ser individualizada e discutida em equipe e com os familiares, e assim apresentado um plano de medidas.</p> <p>OBS 3. O protocolo deve estar vinculado as prescrições médicas e de enfermagem</p> <p>OBS 4. Aos técnicos de enfermagem cabe a execução da contenção sob supervisão do Enfermeiro.</p> <p>OBS 5. As avaliações para se definir criterios de indicação, manutenção e suspensão deverão ser registrados na ficha.</p> <p style="text-align: center;">CRITÉRIOS DE MANUTENÇÃO:</p> <p>É um recurso utilizado em situações específicas e deve ser mantido o menor tempo possível, observando os seguintes critérios abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a cada 2 horas ou conforme orientação prescrita pelo Médico e/ou Enfermeiro , tendo 			

<p>rigor em pacientes sedados e/ou agitados;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e registrar: condições da pele (presença de edema, escoriações, irritação da pele condições de circulação (perfusão sanguínea) nos locais do procedimento e nível de consciência do paciente, através da utilização de escalas; • Deverá ser realizada a troca do contensor quando houver presença de sujidade e/ou umidade • Retirar o contensor durante o período de higienização do paciente e ou banho, desde que não se coloque em risco o paciente e ou o profissional. 	
Responsabilidades	
<p>OBS 1. Observar a correta colocação dos contensores sempre que houver a troca; É recomendado que o paciente esteja acompanhado da família no momento da troca, para eventuais riscos de eventos adversos</p> <p>OBS 2. Adicionar a escala de Rass, nas anotações dos sinais vitais</p>	
CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO	
<p>Deve ser utilizados sempre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em caso de lesão do membro contido; • Melhora do quadro clínico (paciente orientado e colaborativo); • Em casos de plegia de algum membro ou membro menos habil; • Quando não há risco de queda ou risco para si mesmo; 	
Responsabilidades	
<p>OBS 1. Após avaliação da equipe, deverá prescrever a cessação da contenção, justificando-a, no prontuário.</p> <p>OBS 2. Em casos de pacientes agitados e que estão sob contenção química, aplicar escala de RASS (em anexo) e se o resultado for entre -3 e -5, poderá suspender a contenção mecânica. Caso contrário, é preciso avaliar o risco para a retirada do dispositivo.</p> <p>OBS 3. Uma vez a cada turno (M T N) deverá ser retirada a contenção por um período de 30 minutos. Retirar todos os contensores durante o banho</p> <p>OBS 4. O enfermeiro deve ser comunicado sobre a suspensão da contenção e realizar a sua retirada.</p>	
PROCEDIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DA CONTENÇÃO MECÂNICA	
PUNHOS E TORNOZELOS	<ul style="list-style-type: none"> • As proeminências ósseas devem ser acolchoadas antes do uso do contensor • Os contensores devem ser fixos a estrutura do leito e não nas grades laterais; • Deixar uma folga que permita movimentação leve do membro contido • No tornozelo, cruzar as extremidades das ataduras, para serem amarradas em lados opostos da cama
TÓRAX E OMBROS	<ul style="list-style-type: none"> • Dobrar o lençol na diagonal, formando uma faixa; • Colocar a faixa sobre o dorso do paciente, centralizada na altura do diafragma; • Passar as extremidades da faixa pelas axilas e sobre os ombros no sentido cranial, no formato alças de mochila;

	<ul style="list-style-type: none"> • Cruzar as extremidades da faixa sobre a nuca • Prender as extremidades cruzadas da faixa na grade posterior da cabeceira da cama
QUADRIL	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a fralda no paciente • Dobrar dois lençóis na diagonal formando faixas de 30 cm. • Colocar uma faixa centralizada sob as nádegas e outra sobre a região pubiana • Unir as extremidades das faixas de cada lado do paciente enrolando uma na outra até apertar ligeiramente o quadril • Prender as extremidades das faixas enroladas nas grades laterais fixas a cama.
JOELHOS	<ul style="list-style-type: none"> • Dobrar dois lençóis na diagonal formando faixas com aproximadamente 30 cm. • Colocar a faixa sobre um dos joelhos e passar por baixo do joelho oposto, repetindo no outro joelho. • Unir as extremidades das faixas, enrolando uma na outra até apertar ligeiramente os joelhos • Prender as extremidades das faixas nas grades laterais fixas na cama
JONHSON, J. Y.; TEMPLE, J. J. Uso de dispositivos de proteção: imobilização de membros e corpo. Guia para procedimentos de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2004.	
Responsabilidades	
OBS.1 Avaliar o paciente periodicamente quanto a eficácia e necessidade de manter a restrição;	
OBS.2 Avaliar presença de complicações e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas;	
OBS.3 Anotar no prontuário do paciente informações com motivos das restrições, horário e tipo de restrições, reação do paciente, cuidado com restrições e membros restritos.	
REFERÊNCIAS	
BLEIJLEVEN, M.H.C; GULPERS, M.J; CAPEZUTI, E; VAN ROSSUM, E; HAMERS. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. Journal of the American Geriatrics Society.	
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html . Acesso em: 12 abr 2020.	
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. GUIA DE RECOMENDAÇÕES para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-deRecomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf . Acesso em: 12 abr 2020	
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. RESTRIÇÃO DE PACIENTES. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Restri%C3%A7%C3%A3o%20de%20pacientes.pdf . Acesso em: 12 abr 2020.	
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.056/2013.	

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf. Acesso em 12 abr 2020.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 5. ed. 2010.

REVISÃO

Aprovação (Nome, Função, Assinatura):	Data:

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Fonte: Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity on the Richmond Agitation – Sedation Scale (RASS). JAMA, v.289, n.22, p.2983-2991, 2003.

Nome do paciente: _____

Número do prontuário: _____ Data: ____/____/____

Início do procedimento: ____:____:____ Término do procedimento: ____:____:____

Manutenção – Data:

Nível de consciência: (Aplicar escala de RASS) – anexo 1

☐ Alerta/acordado ☐ Sonolento/letárgico ☐ Torporoso ☐ comatoso

O paciente apresenta quadro de agitação psicomotora

☐ Sim ☐ Não

Condições da pele:

Presença de edema ☐ Sim ☐ Não

Presença de escuriações	Sim	Não

☐ Não
☐ Sim
☐ Não
☐ Sim

Condições da circulação/perturbação sanguínea:

Lesão por pressão ☐ Sim ☐ Não

Garroteamento do membro contido ☐ Sim ☐ Não

Palidez cutânea ☐ sim ☐ não

Extremidades frias ☐ Sim ☒ Na

Hiperemia ☐ Sim ☐ Nao

Realizada a troca do contensor no período de higienização? ☐ Sim ☐ Não

Realizada a troca do contensor por sujidade e/ou umidade ☐ Sim ☐ Não

Horário da avaliação: ☐ A cada 1 hora ☒ A cada 2 horas ☐ A cada 4 horas

A retirada parcial a cada 4 horas por 30 minutos foi realizada ☐ Sim ☒ Não

Avaliação do local contido

☐ Sem alteração ☐ Melhora Parcial ☐ Piora ☐ Melhora completa

Eventos adversos/ complicações no período da contenção mecânica

<input type="checkbox"/> Sem eventos	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Depressão respiratória	<input type="checkbox"/> Delírium
--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------------------

☐ Sintomas extra piramidais ☐ Acidente cardio-circulatório ☐ Outros

Tipo de contenção:  Química  Mecânica

Motivo da contencão:

☐ Agitação psicomotora ☐ Abstinência e pacientes psiquiátricos ☐ Risco de queda

☐ Não responsivo aos comandos verbais

☐ Risco a integridade física do paciente ou da equipe ☐ Tentativa de Suicídio

Retirada da sedação (até a recuperação da consciência)

Local contido:

☐ Punhos e Tornozelo ☐ Torax e ombros ☐ Quadril ☐ Joelhos

Paciente e/ou familiares foram informados da realização do procedimento?

Sim Não

Suspensão - Data: / / Hora: :

Motivo da suspensão:

Leção do membro contido

Melhora do quadro clínico (paciente orientado e colaborativo)

 Em casos de plegia de algum membro ou membro menos habil

☐ Quando não há risco de queda ou risco para si mesmo

RASS entre - 3 e - 5

Tempo (em dias) ou horas que paciente ficou contido durante a internação.

Dias

Horas 00

ASSINATURA MÉDICO

ASSINATURA ENFERMEIRO

Para os profissionais, a construção do protocolo e da ficha, são melhorias para a instituição de saúde e para o respaldo do profissional e os resultados atingiram o objetivo proposto. O POP contemplou dados relevantes para a contenção mecânica. Nesse sentido, faz-se necessário o comprometimento do gestor para priorizar a aquisição do POP, como uma ferramenta de melhoria na assistência multiprofissional da instituição.

Destaca-se ainda, que a criação do POP oportunizará a correta realização do procedimento na instituição. O conteúdo direcionado aos profissionais, por meio de apresentação de protocolos de outras instituições, legislação sobre a contenção mecânica e os artigos científicos apresentados, foram fundamentais para a adequação e a produção mesmo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contenção mecânica é um procedimento comumente utilizado pelos profissionais de saúde em seus ambientes de trabalho, entretanto, o des(conhecimento) quanto a temática tem levado a prática, muitas vezes não segura. Os resultados desse estudo apontam que aparentemente, a prática adotada pelos profissionais de saúde é conter o paciente, ainda que não haja uma norma escrita, quanto aos procedimentos a serem assumidos.

O conteúdo da contenção mecânica, desenvolvida neste trabalho para a construção do protocolo, aborda critérios de indicação, manutenção e suspensão da contenção, no entanto, cabe aos profissionais adequar as orientações para garantir a segurança do paciente, de acordo com suas necessidades.

A criação do protocolo foi fundamental para que os profissionais pudessem se enxergar como equipe e que a decisão de indicar, manter ou suspender a contenção não é apenas do profissional enfermeiro, mas sim de todos. Sua construção foi avaliada entre os participantes da equipe como algo positivo, pois cada profissional tem a sua importância. Pela colaboração mútua e a troca de informações foi possível finalizar o protocolo e através de uma ficha de contenção, os profissionais poderão aplicar em seus ambientes de cuidado.

A pesquisa evidencia que a construção de um protocolo com base em boas práticas de segurança do paciente alcançou o objetivo geral da pesquisa. Sendo este protocolo e a ficha os produtos da dissertação, corroborando com os objetivos do Programa de Mestrado Profissional, com grande repercussão em melhorias na atenção à saúde.

Ao longo das oficinas, a equipe recebeu informações sobre os critérios adotados para a indicação, manutenção e suspensão da contenção mecânica, utilizando-se da literatura, de artigos científicos e de experiências de outros hospitais quanto aos protocolos existentes para a realização do procedimento.

As oficinas ofereceram condições para que o procedimento seja de fato executado apenas para aqueles pacientes que realmente necessitam. Diante disso, foi possível por meio deste estudo aproximar os profissionais de saúde que atuam

em unidades de cuidados intensivos, sensibilizando-os para o tema, com discussões por meio de oficinas.

As limitações desse trabalho foram: a disponibilidade tempo da pesquisadora para a realização da pesquisa em outras unidades como exemplo a UTI geral e tempo disponível dos profissionais para participar da pesquisa; em razão das medidas de distanciamento social e de prevenção da transmissão do coronavírus, não foi possível finalizar o estudo.

Nos encontros, foi possível observar que os profissionais buscavam não apenas aprofundar o tema, mas também reforçar a necessidade de um protocolo. As questões disparadoras contribuíram para que todos os profissionais expusessem suas experiências. Reforça-se, ainda que, o conhecimento sobre a temática ainda é incipiente e que não há protocolos definidos na instituição. Portanto, a necessidade de treinamentos da equipe multiprofissional, para que assim a técnica seja realizada com segurança e qualidade.

Acredita-se que esta dissertação possa contribuir não apenas com o produto, mas com reflexões, por parte da equipe de saúde, sobre a necessidade de o paciente ser restrito no leito, bem como suas consequências. Por fim, agradeço a oportunidade e colaboração dos colegas da instituição para a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. Como construir uma proposta de oficina. In: AFONSO, M. L. M.; et al. Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. São Paulo: Casa do psicólogo, 2013.

ANDREWS, L; SILVA, S.G; KAPLAN, S; ZIMBRO, K. Delirium Monitoring and Patient Outcomes in a General Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, v.24, n.1, p.48-56, 2015.

AHMADI, M et al. Effect of Interventional Educational Programs on Intensive Care Nurses' Perception, Knowledge, Attitude, and Practice About Physical Restraints. **Critical Care Nursing Quarterly**, v 42, n.1, p.106–116, 2019.

BARBOSA, T.P; OLIVEIRA, G.A; LOPES, M.N; POLETTI, N.A; BECCARIA, L.M. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, v.27, n.3, p. 243-248, 2014.

BELLELLI, G et al. "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. **BMC Medicine**, v.14, n.1, p. 1-12, 2016.

BERNICK, V., GOUVÊA F.S, LOPES K.V. Agitação psicomotora. **RBM Rev.Bras. Med**, v.67, n.8, p.289-95,2010. Disponível em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fa se=r003&id_materia=4383 Acesso em 12 fev 2019.

BERZLANOVICH, A.M; SHÖPFER, J; KEIL, W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int*, v.109, n.3, p.27-32, 2012.

BLEIJLEVENS, M.H; GULPERS, M.J; CAPEZUTI, E; VAN ROSSUM, E; HAMERS JP. Process evaluation of a multicomponent intervention program (EXBELT) to reduce belt restraints in nursing homes. **J Am Med Dir Assoc**, v.14, n.8, p.599-604, 2013.

BURK, R.S et al. Predictors of Agitation in Critically Ill Adults. **American Journal of Critical Care**, v.23, n.5, p. 414–423, 2014. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4451811/pdf/nihms693124.pdf> Acesso em 12 jun 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília DF: Ministerio da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_progrma_nacional_seguranca.pdf Acesso em 12 mai 2019.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa; 2017.

BROOKS, P; SPIÇÇANE, J.J; DICK, K; STUART-SHOR, E. Developing a strategy to identify and treat older patients with postoperative delirium. **AORN journal**, v.99, n.2, p.257-273, 2014.

COREN-SP Conselho Regional de Enfermagem SP – **Restrição de Pacientes** Câmara Técnica do Coren-SP, 2009. Disponível em <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Restri%C3%A7%C3%A3o%20de%20pacientes.pdf> Acesso 12 mai 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem Resolução nº 427/2012 **Normatiza os procedimentos de enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes**. Disponível em www.novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html

CORDEIRO, Q; MORANA, H.C.P. Contenção física e mecânica no atendimento psiquiátrico. *Psiquiatria Forense*, v.20, n.6, p.1-3. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano15/for0615.php>. Acesso em 12 mai 2019.

CÔRTE, B; SANTOS, B.S.M. Em nome do cuidado se naturaliza a violência: o caso da contenção. *Revista Observatório*, v.4, n.2, p.279-297, 2018.

COSTA, C.P.L. A enfermagem de reabilitação e os eventos adversos da restrição física da mobilidade. 2013. 129f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) -Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013.

CRESWELL J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2014.

CHAO, C. M; SUNG, M. I; CHEN, C. M. Prognostic factors and outcomes of unplanned extubation, Scientific Report, Nature Publishing Group. 7:8636(2017)

CHUANG ML, LEE CY, CHEN YF, HUANG SF, LIN IF. Revisiting Unplanned Endotracheal Extubation and Disease Severity in Intensive Care Units. **PLoS ONE**, v.10, n.10, p.1-10, 2015.

DOLAN, J; DOLAN L.S.E. Determinants of Nurses' Use of Physical Restraints in Surgical Intensive Care Unit Patients. **American Journal of Critical Care**, v.26, n. 5, p.373–379, 2017. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/26/5/373.full.pdf+html> Acesso em 10 jun 2019.

DONATO, T.A.A; PIRES, L.R; SILVA, L.C.P; MOURA, L.V.C; SANTOS, A.A; SOUZA, L.F. Restrição física em pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva: estudo exploratório-descritivo. **Online braz j nurs**, v.16, n.1, p.83-93, 2017.

ELY E, TRUMAN, B; SHINTANI A, ET AL. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity on the Richmond Agitation – Sedation Scale (RASS). **JAMA**, v.289, n.22, p.2983-2991, 2003.

FILIPPI, J et. al. A Equipe Multiprofissional Frente ao Uso da Contenção Mecânica. **Revista Contexto e Saúde**. Editora Unijui v. 10 n. 20, p.573-578, 2011. Disponível em <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1590> Acesso em 12 mai 2019.

GU, T et al. Investigating influencing factors of physical restraint use in China intensive care units: A prospective, cross-sectional, observational study. **Australian Critical Care**, v.32, n.1, p. 193-198, 2018. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(17\)30397-1/pdf](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(17)30397-1/pdf) Acesso em 10 mai 2019.

GUVERCIN, C et al. The Other Side of the Coin: Nurses' Views and Behavior on Physical Restraint. **Acta Bioethica**, v.24, n 2, p. 253-264, 2018. Disponível em: <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/51629/55641> Acesso em: 10 mai 2019.

GUZMAN-PARRA, J et al. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. **Perspectives in Psychiatric Care**, v.51, n 4, p.260-267, 2014. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ppc.12090> Acesso em 12 mai 2019.

GUENETTE, M et al. Psychotropic Drug Use in Physically Restrained, Critically Ill Adults Receiving Mechanical Ventilation. **American Journal of Critical Care**, 26(5), 380–387, 2017.

HC-UFPR. 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr>

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G. **O erro humano e sua prevenção**. In: ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 1ª edição – 2013.

IBSP – Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente. **Alterações comportamentais e segurança do paciente**: conheça os paradigmas da psiquiatria. Disponível em: segurancadopaciente.com.br.

JESUS, F.S; SANTOS, T.N. Atuação do enfermeiro frente a situações de emergência psiquiátrica em uma unidade de pronto atendimento (UPA). 2014. 44f. Monografia (Especialista em Enfermagem em Emergência). Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EE/EE15/JESUS-flaviana-SANTOS-thais.PDF>

JOINT COMMISSION STANDARDS ON RESTRAINT AND SECLUSION. **Nonviolent Crisis Intervention®**: training program. Milwaukee; 2009. Disponível em: <https://www.crisisprevention.com/CPI/media/Media/Resources/alignments/Joint-Commission-Restraint-Seclusion-Alignment-2011.pdf> Acesso em: 10 mai 2019.

KOOI, A.W; PEELEN, L.M; RAIJMAKERS, R.J; VROEGOP, R.L; BAKKER, D.F; TEKATLI H, et al. Use of physical restraints in Dutch intensive care units: a prospective multicenter study. **Am J Crit Care**, v.24, n.6, p.488-495, 2015.

KONDO, E.H; VILELLA, J.C; BORBA, L.O; PAES, M.R; MAFTUM, M.A. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Revista da Esc de Enferm da USP**, v.45, n. 2, p. 501-507, 2011.

LIMA, N.P et al. Realização de fisioterapia motora e ocorrência de eventos adversos relacionados a cateteres centrais e periféricos em uma UTI brasileira. **J Bras Pneumol**, v.41, n.3, p.225-230, 2015.

LIMPAWATTANA, P; et al. Delirium in critical care: a study of incidence, prevalence, and associated factors in the tertiary care hospital of older Thai adults. **Aging & Mental Health**, v20, n.1, p. 74-80, 2015.

MARTÍNEZ, F et al. Implementing a Multicomponent Intervention to Prevent Delirium Among Critically Ill Patients. **Critical Care Nurse**, v.37, n. 6, p. 36–46, 2017. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/37/6/36.full.pdf+html> Acesso em 12 jun 2019.

MAXIMO, P.A; SANTOS, T.S; SANTOS, G.S; SILVA, M.A.X.M. A importância da contenção mecânica e a avaliação permanente da equipe de enfermagem. **Braz. J. Hea. Rev**, v.2, n.2, p. 1172-1212, 2019.

MANTOVANI, C; MIGON, M.N; ALHEIRA, F.V; DEL-BEN, C.M. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.32, supl 2, p.96-103, 2010.

MARCOLAN, J.F. **Terapêutica da contenção física**. 1. ed. São Paulo: Rocca, 2013.

MELSON, J. Improving Alcohol Withdrawal Outcomes in Acute Care. **The Permanente Journal**, v.18, n.2, p.141-145, 2014. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022573/> Acesso em 12 jun 2019.

MENEZES AK, SANTANA RF, CIMADOR F. **Práticas assistenciais restritivas e o paradigma da cultura de não contenção da pessoa idosa**. In: Tratado de geriatria e gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 6582-627

MINUZZI, A.P. et al. Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121- 129, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0121.pdf Acesso 12 mai 2019.

MUSSEL et al. **Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora**. Disponível em www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos.

OLIVEIRA, R.M; LEITÃO, I.M.T.A; **Como fazer pesquisa qualitativa**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013

PAN, Y et al. Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case-control study. **Journal of Clinical Nursing**, v27, n. 9-10, p.1950–1957, 2018.

PAES, M.R. et al. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. **Rev. enf. UERJ**, v. 17, n. 4, p. 479-484, 2009. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a04.pdf> Acesso em 12 mai 2019.

PEREIRA, L. M. V. et al. Retirada não planejada de dispositivos invasivos e suas implicações para a segurança do paciente crítico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 490-495, 2018.

POLIT, D.F, BECK C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Artmed, 2018.

RIBEIRO, G. S. R.; SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Technologies in intensive care: causes of adverse events and implications to nursing. **Rev Bras Enferm.** v.69, n.5, p.915-923, 2016.

ROSE, L et al. A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. **Systematic Reviews**, v.5, n. 1, p.1-8, 2016. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5117692/pdf/13643_2016_Article_372.pdf Acesso 12 mai 2019.

SAMPAIO, F.M.C; SEQUEIRA, C. Nurses' Knowledge and Practices in Cases of Acute and Chronic Confusion: A Questionnaire Survey. **Perspectives in Psychiatric Care**, v.51, n.2, p.98–105, 2014. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ppc.12069> Acesso em 12 mai 2019.

SALLES, C.S; PEDREIRA, M.L.G. Restrição de pacientes. Artigo de atualização COREN-SP. 2009. Disponível em: <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/Restri%C3%A7%C3%A3o%20de%20pacientes.pdf>.

SILVA, A.T; ALVES, M.G; SANCHES, R.S; TERRA, F.S; RESCK, Z.M.R. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em Debate**, v.40, n.11, p.292-301, 2016.

SHANNON, K; CRUICKSHANK, M. The care of older people with dementia in rural Australian hospitals – a case study. **Australian journal of advanced nursing**, v.36, n.1, p. 6-15, 2018.

SCHWIDERSK, A.C; TCHAIKOVSKI JR, O; MANZARRA, S. **Protocolos de procedimento de contenção mecânica**. Disponível em

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/contencao_mecanica.pdf Acesso 12 mai 2013.

SINVANI L, et al. Nonadherence to Geriatric-Focused Practices in Older Intensive Care Unit Survivors. **American Journal of Critical Care**, v27, n.5, p. 354–361, 2018.

SILVA, S.C; SIQUEIRA I.L.C.P; SANTOS, A.E. **Boas práticas de enfermagem em adultos**: procedimentos básicos. São Paulo: Atheneu, 2008.

SOUZA, M.S. Contenção mecânica em ambiente hospitalar: estudo transversal. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em:

<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/9737/1/Marcia%20Ver%c3%adssimo%20de%20Souza.pdf> Acesso em 11 jun 2020.

SOUZA, L.M.S; SANTANA, R.F; CAPELETTO, C.S.G; MENEZES, A.K; DELVALLE, R. Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 53, e03473, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100437&lng=en&nrm=iso> Acesso em 10 jun 2019.

SOUZA, L,M.S. Lesão por pressão associada à contenção mecânica: estudo transversal. **ESTIMA**, Braz. J. Enterostomal Ther., São Paulo, v17, e0919, 2019

SULIMAN, M. Prevalence of physical restraint among ventilated intensive care unit patients. **Journal of Clinical Nursing**, v.27, n.19-20, p. 3490-3496, 2018.

VAN DER KOOI et al. Use of Physical Restraints in Dutch Intensive Care Units: A Prospective Multicenter Study. **American Journal of Critical Care**, v.24, n.6, p. 488-495, 2015. Disponível em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/24/6/488.full.pdf+html> Acesso em 12 mai 2019.

WEGNER, W et al. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. **Esc. Anna Nery**, v 20, n.3, e20160068, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf Acesso em 12 mai 2019.

VON RUEDEN, K.T et al. Delirium in Trauma Patients: Prevalence and Predictors. **Critical Care Nurse**, v.37, n. 1, p. 40–48, 2017. Disponível em <http://ccn.aacnjournals.org/content/37/1/40.full.pdf+html> Acesso em 12 mai 2019.

XU, C; XIE, H. Translating evidence from a systematic review to the development of an evidence-based fall prevention program in a tertiary psychiatric hospital. **Nursing Reports**, v.5, n.1, p. 13-18, 2015. Disponível em <https://www.pagepressjournals.org/index.php/nursing/article/view/nursrep.2015.5102/4629> Acesso em 12 mai 2019.

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. 2004. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/> Acesso em 12 mai 2019.

APÊNDICE 01 – VÍDEO INFORMATIVO













É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

(RESOLUÇÃO COFEN 427)

**Convido você profissional,
a participar da primeira oficina
para refletirmos alternativas sobre
critérios para indicação, manutenção
e suspensão da contenção mecânica.**







Venha discutir com a gente !

Acontecerá na sala de reuniões da UTI, dia __, horário __, com enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem que atuam na assistência direta do paciente crítico.





Mestrado Profissional em Enfermagem UFPR :

Protocolo para Sistematização do Cuidado.

A elaboração do vídeo é resultado da disciplina **Vivências da Prática Profissional**, sob orientação da Prof. **Tatiane Prette**

Mestranda:
Enf. Lais Balhesterio Morgado.
Orientadora:
Prof. Dra. Marilene Loewen Wall.

Projeto de pesquisa boas práticas para Contenção Mecânica: Protocolo para Sistematização do Cuidado.

Mestrado Profissional em
Enfermagem UFPR

APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA DESENVOLVER AS OFICINAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Boas práticas na Contenção Mecânica: Protocolo para sistematização do cuidado.

Pesquisador responsável: Enfª Laís Balhestero Morgado (18) 98156-0897 Orientadora: Profª Drª Marilene Loewen Wall Local da coleta de dados: Unidade de Urgência e Emergência, Clínicas Médicas e Cirúrgicas do Hospital de Clínicas da UFPR

ROTEIRO PARA DESENVOLVER AS OFICINAS – Questões Disparadoras

1. O paciente admitido na sua unidade quando apresenta agitação, quais as alternativas que você utiliza ou indica para que não haja a retirada de dispositivos ou queda?
2. Quando o paciente apresenta agitação, você opta por outras alternativas antes de realizar a contenção mecânica?
3. Quando o paciente apresenta agitação, você acha a contenção mecânica a melhor alternativa para que não haja o risco de retirada de dispositivos e/ou queda?
4. Qual o motivo que você realiza a contenção mecânica em um paciente?
5. Na sua unidade, como você avalia a necessidade de conter ou não o paciente?
6. Na sua unidade, qual profissional define a necessidade de conter um paciente?
7. Quais materiais você utiliza para conter o paciente e quais os membros que são frequentemente contidos?
8. Quais os membros que são frequentemente contidos?
9. Durante a contenção você acha necessário explicar o procedimento ao paciente?
10. Na sua avaliação qual a necessidade de envolver a família?
11. Durante o seu plantão, você realiza avaliações periódicas para a possível retirada da contenção mecânica?
12. Quando o paciente está com a contenção mecânica, é registrado no relatório de enfermagem ou prontuário do paciente? Bem como sua justificativa?

13. Ainda sobre os registros, na sua unidade, a contenção mecânica é prescrita por profissional? Qual?
14. Quando o paciente está com a contenção mecânica, você avalia os membros contidos? De quanto em quanto tempo?
15. Quando você retira a contenção mecânica?
16. Você utilizaria escalas para avaliar a necessidade de contenção mecânica de um paciente?
17. Quais problemas você encontra em relação aos cuidados à paciente em contenção mecânica?
18. Quais suas sugestões em relação aos cuidados à paciente em contenção mecânica baseando-se nas boas práticas de segurança do paciente?

APÊNDICE 03 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Dra. Marilene Loewen Wall professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e Laís Balhestero Morgado enfermeira e mestranda em Enfermagem, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de saúde que realiza a assistência direta a paciente em contenção mecânica na Unidade de Urgência e Emergência, Clínica Médica e Cirúrgica do HC/ UFPR, a participar de um estudo intitulado “Boas práticas para Contenção Mecânica: Protocolo para sistematização do cuidado.” Tem como objetivo construir com os profissionais de saúde protocolos assistenciais que norteiem o cuidado a paciente em contenção mecânica embasando-se nas boas práticas de segurança do paciente.

Caso você participe da pesquisa será necessário participar de oficinas temáticas, as quais serão audiogravadas e utilizadas somente para esta pesquisa. Durante as oficinas, também serão realizadas anotações em um diário de campo acerca das percepções gerais da pesquisadora. As oficinas serão pré-agendadas durante o horário de trabalho dos participantes, com liberação prévia da chefia e nas instalações da própria instituição. Estima-se que as oficinas terão duração de 1 (uma) hora.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: constrangimento ao participar das oficinas, devido à exposição do participante nas dinâmicas e atividades propostas, podendo causar algum sentimento de mal-estar. Caso isso ocorra, você poderá optar por interromper ou mesmo não continuar a pesquisa, sendo necessário somente manifestar sua desistência, sem que isso lhe cause qualquer dano.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a compreensão por parte dos profissionais em relação às boas práticas para contenção mecânica como forma de atualização; desencadear reflexões dos profissionais da saúde para a discussão e planejamento da sistematização do cuidado a paciente em contenção mecânica, com aprimoramento da assistência humanizada com base nas boas práticas de segurança do paciente, com a instituição de protocolos assistenciais para a coordenação do cuidado. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiada com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Os pesquisadores Prof^ª. Dra. Marilene Loewen Wall, telefone (41) 99615-7260, e a Enfermeira Mestranda Laís Balhestero Morgado, telefone (18) 98156-0897, responsáveis por este estudo poderão ser contatados pelos e-mails wall@ufpr.br ou morgado.lais@yahoo.com.br , para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UFPR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou a pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará em nenhum dano.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como médico e equipe de enfermagem. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. As oficinas serão gravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcritas as oficinas e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete minhas condições de trabalho ou traga qualquer prejuízo para mim.

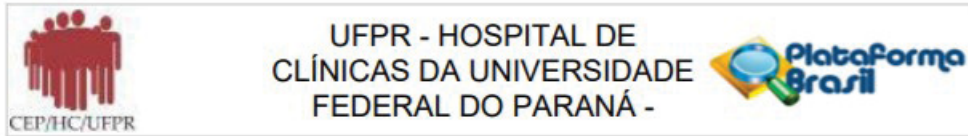
Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____ (Nome e Assinatura
do participante da pesquisa)
Curitiba, ____ de _____ 201__.

(Somente para o responsável do projeto) Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo. _____ Laís
Balhesterio Morgado

Curitiba, ____ de _____ 201__.

ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Boas práticas para Contenção Mecânica: Protocolo para Sistematização do Cuidado.

Pesquisador: LAIS BALHESTERO MORGADO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02922818.1.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.319.873

Apresentação do Projeto:

pesquisador apresenta justificativas as pendencias apontadas pelo relator:

Objetivo da Pesquisa:

já apontado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Nos objetivos específicos consta a intenção de validade o protocolo, no entanto, a metodologia não descreve de que forma este será validado. Caso o protocolo seja aplicado aos pacientes internados nas unidades envolvidas, elaborar TCLE para esse grupo da pesquisa - os participantes da pesquisa serão os profissionais envolvidos nos protocolos de contenção - pendência atendida

2. Não está detalhado de que forma as entrevistas serão áudio-gravadas, em que local as gravações serão armazenadas, se serão protegidas por senha. Favor completar as informações -

O pesquisador informa que as gravações serão realizadas em telefone privado, com guarda das informações por cinco anos, com acesso restrito sob sigilo e senha dos pesquisadores. pendencia

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.319.873

atendida

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1252685.pdf	31/03/2019 16:17:49		Aceito
Outros	projeto.pdf	31/03/2019 16:17:05	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	14/11/2018 13:03:37	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Orçamento	Projeto_p_14.pdf	13/11/2018 14:49:38	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_CEP.pdf	13/11/2018 14:36:09	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.319.873

Investigador	Projeto_CEP.pdf	13/11/2018 14:36:09	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Outros	Declaracao_ausencia_custo.pdf	13/11/2018 14:12:16	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Outros	Carta_Concordancia_Unimulti_e_uuea.pdf	13/11/2018 14:11:46	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_com_a_pesquisa.pdf	12/11/2018 23:15:10	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Outros	Qualificacao_dos_pesquisadores.pdf	12/11/2018 23:14:45	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Outros	Declaracaodeusooespecifico.pdf	12/11/2018 23:13:09	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Outros	Carta_Concordancia_UNICLIN.pdf	12/11/2018 23:12:03	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Outros	Carta_Concordancia_UCIR.pdf	12/11/2018 23:11:35	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodetornarpublicosresultados.pdf	12/11/2018 22:51:25	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Outros	Concordanciadasunidadeseservicosenvolvidos.pdf	12/11/2018 22:50:26	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartadeencaminhamentodopesquisador.pdf	12/11/2018 22:45:03	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadores.pdf	12/11/2018 22:43:29	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
Cronograma	projeto11.pdf	12/11/2018 22:37:18	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/11/2018 22:36:48	LAIS BALHESTERO MORGADO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 11 de Maio de 2019

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador(a))

